

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N^o 477

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 20 juillet 1906, à 1 heure

Par **D.-T. LAFARCINADE**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE

SUR LA

MÉNINGITE TUBERCULEUSE DU NOURRISSON

Président: M. ROGER, professeur.

Juges : { MM. GAUCHER, professeur.
RICHAUD et BALTHAZARD, agrégés.

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	De LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGUY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Une vieille et vénérable, coutume, veut que l'élève, au terme de ses études, place sa modeste thèse inaugurale sous les auspices de ses Maîtres.

C'est pour nous, un devoir des plus agréables, de nous conformer à la règle, puisqu'elle nous permet de témoigner notre profonde reconnaissance, à tous ceux qui nous ont prodigué leur dévouement, leur science et leur temps pour nous donner les notions indispensables au médecin de demain.

Nous adressons donc, l'expression de notre gratitude la plus vive.

A nos Maîtres en chirurgie,

MM. les Docteurs : BLUM, POTHERAT, MAUCLAIRE,

TILLAUX.

De mémoire vénérée

A nos Maîtres en médecine,

MM. les Docteurs : SIREDEY et LESAGE.

A nos Maîtres en obstétrique,

MM. les Docteurs : MAYGRIER, TISSIER, RUDAUX,

A nos Maîtres en spécialités,

MM. les Docteurs : SÉBILEAU, LOMBARD, GRIVOT.

Nous remercions tout particulièrement, notre maître, M. le D^r LESAGE, médecin à l'hôpital Hérold, sous l'inspiration duquel nous avons fait cet ouvrage, et qui a bien voulu à cette occasion, nous prodiguer ses conseils et nous confier des documents inédits.

Nous n'aurons garde d'oublier notre camarade ABRAMI, interne des hôpitaux. Il nous fut d'un puissant secours, dans la partie bactériologique, dont la technique délicate nous eût souvent embarrassé, mais qu'il nous facilita toujours avec une bonne grâce dont nous lui savons particulièrement gré.

Nous adressons un témoignage de notre grande reconnaissance à M. le professeur ROGER, médecin à l'hôpital de la Charité, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé à l'hôpital Hérold, en qualité d'externe, il nous a été donné d'observer plusieurs cas de méningite tuberculeuse chez le nourrisson.

Deux points nous ont particulièrement frappés à cet égard, c'est que :

Premièrement. — La méningite tuberculeuse est loin d'être rare dans la première enfance, comme on le lit dans la plupart des auteurs.

Deuxièmement. — Elle revêt presque toujours une forme qu'on ne trouve décrite en aucun traité classique.

C'est cette forme particulière, décrite dernièrement par notre maître Lesage et son interne Abrami (1) sous le titre de *Méningite tuberculeuse à forme somnolente du nourrisson*, que nous nous proposons d'étudier, et qui représente, selon nous, la forme la plus fréquente

1. *Pédiatrie pratique*, 1^{er} mars 1906.

de la méningite tuberculeuse dans la première enfance.

Elle est caractérisée par le syndrome suivant :

Somnolence progressive ;

Catalepsie oculaire ;

Amaigrissement progressif ;

*Instabilité du pouls avec dissociation du pouls et
de la température.*

Nous reviendrons dans la partie clinique à l'étude détaillée de ces quatre symptômes. Mais avant, nous avons parcouru la littérature médicale traitant de la méningite tuberculeuse et nous avons récolté là, une moisson abondante de faits intéressants ; nous nous permettrons donc de nous attarder un instant à ce chapitre d'histoire.

Il a son importance, en ce sens, qu'il nous montre qu'avant nous la méningite tuberculeuse à forme somnolente a été entrevue, sinon décrite par quelques auteurs.

HISTORIQUE

I. — De la fréquence de la méningite tuberculeuse au dessous de 2 ans.

Il est courant de dire que la méningite tuberculeuse est très rare en dessous de 2 ans. Tous les livres classiques le répètent.

Malgré l'opinion généralement émise, nous sommes persuadé que c'est là une erreur profonde, due vraisemblablement, à ce que, par sa symptomatologie tout à fait fruste, la méningite tuberculeuse du nourrisson a souvent passé inaperçue.

Des 42 observations inédites que nous publions 32 se rapportent à des enfants en dessous de 3 ans, et 24 à des enfants de 2 mois à 2 ans, ce qui fait, par conséquent, plus de 57 pour 100 en dessous de 2 ans.

Au reste, nous avons trouvé quelques auteurs pour soutenir cette affirmation. Nous ne pouvons mieux faire que de les citer. Ils seront nos meilleurs avocats.

Ce n'est que dans ces dernières années, à mesure que les moyens d'investigation se sont perfectionnés qu'on

a décelé la méningite tuberculeuse chez le nourrisson, là où elle passait inaperçue auparavant.

Aviragnet (1) affirme que la méningite tuberculeuse n'est pas rare chez le nourrisson, et pour lui, elle coïncide ordinairement avec la tuberculose généralisée et emprunte souvent le cadre de l'athrepsie.

Fourel (2) est d'un avis semblable ; pour lui également, la méningite tuberculeuse est fréquente dans la première enfance.

Pernet (3) dit également à ce sujet : « Contrairement à l'opinion classique, parmi les malades que nous avons observés, la méningite tuberculeuse s'est montrée aussi fréquente sinon plus, que la méningite aiguë, de la naissance jusqu'à la deuxième année. »

Bouchut (4), contrairement aux classiques, affirme que la méningite tuberculeuse n'est pas rare dans les premières années de la vie, et dit en avoir vu un certain nombre de cas.

Gintrac (5) cite de nombreux cas de tuberculose avant deux ans et s'élève avec véhémence contre cette idée que la méningite tuberculeuse est rare dans la première enfance.

Cordomatis (6) dans une statistique très complète et

1. *Thèse de Paris*, 1892.

2. FOUREL. *Thèse de Nancy*, 1896.

3. PERNET. *Thèse de Paris*, 1903.

4. BOUCHUT. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*.

5. GINTRAC. *Pathologie interne et thérapie médicale*.

6. CORDOMATIS. *Archives de méd. des Enfants*, Paris 1905, n° 6.

très étendue sur la fréquence de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson donne les conclusions suivantes :

1° La méningite tuberculeuse se rencontre le plus fréquemment dans les cinq premières années de la vie ;
2° Elle se rencontre surtout dans les douze premiers mois.

3. Elle est fréquemment associée aux gastro-entérites. »

Variot (1) proteste également contre les erreurs des statistiques, qui accordent une prédominance marquée aux décès par méningite simple et cérébro-spinale sur la méningite tuberculeuse de 1 à 4 ans.

Avec raison, et se basant sur sa propre statistique hospitalière, il affirme que la méningite tuberculeuse est à la méningite simple dans la proportion de dix cas contre un, et il ajoute que plus on se rapproche de la naissance plus la mortalité est grande. Il cite à cet effet la statistique de l'année 1898 qu'il décompose ainsi :

Décès par méningite tuberculeuse en 1898.

De 1 à 4 ans	1332	décès
De 5 à 9 ans	277	—
De 10 à 14 ans	87	—

Enfin Lesage et Abrami (2) dans une communication récente, à laquelle nous sommes autorisé à faire de larges emprunts, ne sont pas moins affirmatifs, et rap-

1. VARIOT, *Clinique infantile*, 1903.

2. LESAGE et ABRAMI, *loco citato*.

portent, que sur l'ensemble des cas de méningite tuberculeuse qu'ils ont observés, les trois quarts se rapportent à des enfants âgés de moins de 3 ans et plus de la moitié à des enfants de 2 mois à 2 ans.

Nous voyons donc, par ces quelques extraits, que si la généralité admet la rareté de la méningite tuberculeuse en dessous de 2 ans, certains auteurs, et non des moindres, sont d'un avis diamétralement opposé.

II. — Histoire clinique de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson

L'impossibilité pour les cliniciens de compter sur le trépied méningitique chez le nourrisson, a fait chercher ailleurs des symptômes sur lesquels on puisse asseoir le diagnostic.

Car, en effet, dans la première enfance, les symptômes cardinaux n'existent pas ou ne peuvent être constatés.

Il est très aisé de comprendre que dès lors les grands phénomènes moteurs (convulsifs ou paralytiques) attireraient plus particulièrement l'attention des cliniciens. C'est ainsi que se sont dégagées deux formes nettement définies et bien étudiées :

La forme *hémiplegique* et la forme *éclamptique*.

Hutinel (1) décrit très nettement et très complètement ces deux formes.

1. HUTINEL, *Loco citato*.

Méry et Armand Delille (1), Guinon (2) s'attachent surtout à la forme éclamptique.

Marfan (3) décrit une forme éclamptique avec ou sans hémiplégie.

Pivent, Lacombe, Juvigny, Bosselut, Percheron, Rilliet et Barthez, Fourel, Cruchet, Dupré décrivent également ces deux formes.

Pendant les cliniciens sont loin de s'entendre pour placer sous ces deux étiquettes, tous les cas observés. Les deux cadres ainsi décrits ne suffisent pas à donner l'expression clinique complète de tous les cas et chez les auteurs précédents eux-mêmes, on note bien souvent de l'imprécision.

C'est ainsi que Pivent (4), tout en décrivant la méningite tuberculeuse classique du nourrisson, dit que bien souvent, la marche de cette maladie ne se conforme pas aux cadres indiqués, et qu'elle n'a pas de signes précis pour tous les cas.

Lacombe (5) décrit également une forme atypique, latente, à marche rapide avec pouls instable et rapide. Il insiste sur ce fait que le tableau de la méningite classique est très peu souvent réalisé. D'autre part, il porte son attention sur la *somnolence* et en parle en ces termes.

« La *somnolence* et le coma accompagnent presque

1. MÉRY ET ARMAND DELILLE. In Grancher et Comby, 2^e édit.

2. GUINON, in CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD, t. IX.

3. MARFAN.

4. PIVENT. *Thèse de Paris*, 1852.

5. LACOMBÉ. *Thèse de Paris*, 1860.

toujours la méningite tuberculeuse dès les premiers jours. La somnolence est parfois appréciable, parfois très marquée et acquiert, dans ce cas, une grande valeur diagnostique. »

Juvigny (1) n'est pas moins indécis que les précédents au sujet de la méningite tuberculeuse de la première enfance. Voici ce qu'il rapporte à ce sujet :

« En somme, chez le nourrisson, forme toujours anormale avec prodromes indéfinis et pouvant être attribués à toute autre affection. L'apparition des phénomènes convulsifs ou paralytiques permet seule d'établir un diagnostic précis. »

Bosselut (2), après avoir décrit la forme éclamptique et paralytique, signale l'imprécision des signes dans la généralité des cas. Il n'accepte pas la division en trois périodes, disant avec raison, que chez le nourrisson, tout au moins, elle ne correspond pas à la réalité. Devant cette imprécision des signes, il attache une grande importance à la *somnolence*, à l'*amaigrissement* et à la *fixité du regard*; mais il ajoute que très fréquemment dans la première enfance la méningite tuberculeuse passe inaperçue par suite du manque de symptômes.

Marfan (3) n'est pas plus affirmatif que les précédents et donne les conclusions suivantes : « Somme toute, pas de prodromes ou prodromes insaisissables.

1. JUVIGNY. *Thèse de Paris*, 1886.

2. BOSSELUT. *Thèse de Paris*, 1888.

3. MARFAN, in GRANCHER COMBY et MARFAN, t. IV, 1^{re} édition,

bles, céphalalgie impossible à apprécier, vomissements habituels mais constipation et rétraction du ventre inconstantes, fontanelle tendue, nuque raide, puis convulsions avec ou sans hémiplégie, coma et mort. Évolution très courte. »

On voit par ces quelques lignes combien sont imprécis les symptômes donnés pendant toute la durée de la maladie, les paralysies ou les convulsions n'apparaissant généralement que peu de temps avant la mort.

Rilliet et Barthez (1) après avoir décrit les deux formes classiques, en décrivent une autre évoluant chez les tuberculeux avancés et à laquelle ils donnent le nom de forme latente. Cette forme se rapproche singulièrement de la *méningite tuberculeuse à forme somnolente* que nous décrivons, à cette différence près que cette dernière éclate le plus souvent chez des enfants en bonne santé apparente. D'après ces auteurs, la méningite tuberculeuse du nourrisson est souvent très difficile à diagnostiquer, parce que, les seuls signes qu'elle présente, sont souvent communs à d'autres maladies.

Cependant ils estiment que l'*irrégularité* du pouls et la *somnolence* sont deux symptômes importants pour établir le diagnostic.

Fourel (2) qui est également un classique dit cependant :

1. RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies de l'enfance, 3^e édition, t. III.

2. FOUREL, *loco citato*.

« Dans une certaine forme, les petits malades sont plongés de bonne heure dans le coma, sans cris ni convulsions, et s'éteignent lentement... »

Hutinel (1) après avoir décrit longuement les deux formes classiques ajoute ces quelques mots :

« Cependant *la torpeur*, est particulièrement accentuée chez les petits enfants. Elle marque souvent le début de la méningite et ne fait que s'accroître pendant toute son évolution. »

Cruchet (2) qui, pourtant décrit une méningite à forme convulsive donne comme conclusions à la leçon clinique faite à ce propos les lignes suivantes :

« Fixez-vous bien dans l'idée, le début en pleine santé par une crise de convulsions avec vomissements et diarrhée qui fait penser surtout à des troubles digestifs, mais la *somnolence* s'installe et persiste, l'état général ne s'amende pas et la méningite se confirme. »

Dupré (3), dit peu de chose sur la méningite tuberculeuse du nourrisson si ce n'est qu'elle est très rapide dans son évolution, très irrégulière dans sa forme et souvent fruste de tout symptôme.

Tous les auteurs que nous venons de citer sont des classiques, et pourtant on peut se rendre compte que déjà chez eux les deux formes *hémiplégique* et *éclamp-tique* ne satisfont pas l'esprit.

Avec les auteurs suivants, on sent déjà une notion

1. HUTINEL, in BROUARDEL et GILBERT, tome IX.

2. CRUCHET, *Pédiatrie pratique*, 1905, n° 1.

3. DUPRÉ, in DEBOYE et ACHARD, tome III,

plus nette d'un groupement de symptômes, pour arriver à créer une forme nouvelle de méningite tuberculeuse.

Trousseau (1), déjà en 1841, rapportant le cas d'une méningite tuberculeuse à convulsions très tardives chez un tout petit enfant, cherche à classer cette forme. Il lui donne les trois périodes suivantes :

1° Une période de troubles gastro-intestinaux ;

2° Une période de *somnolence* ;

3° Une période de coma avec convulsions et paralysies ;

On pourra voir, par la suite, combien le grand clinicien qui avait si merveilleusement étudié les enfants s'était rapproché de la forme que nous décrivons.

Il suffisait simplement de retrancher à la dernière période, les convulsions ou les paralysies pour que la *méningite tuberculeuse somnolente* eût sa place en pathologie infantile soixante ans plus tôt.

Rilliet (2) traitant, dans la *Gazette médicale*, de la méningite tuberculeuse chez l'enfant en bas âge, décrit bien la forme éclamptique, mais il accorde une grande valeur aux symptômes réputés secondaires. C'est ainsi qu'il caractérise la période prodromique par l'amaigrissement progressif et le changement de caractère avec tendance au sommeil.

Il dit à propos de l'amaigrissement : « Parmi les symptômes, il en est un d'une remarquable constance,

1. TROUSSEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1841, page 271-295.

2. RILLIET, *Gaz. méd. de Paris*, 1846, pages 4-887-894.

c'est l'amaigrissement progressif survenant sans fièvre et sans cause appréciable. »

Au sujet de la somnolence : « Si on cause auprès de leur lit, les malades restent les yeux fermés. Le médecin ne peut pas s'empêcher d'être frappé de cet état de somnolence. »

Enfin en parlant de la maladie dans son évolution, il dit : « C'est *l'assoupissement profond* qui domine la symptomatologie et peu à peu se change en véritable coma, en même temps le poulx devient très petit, accéléré, variant de 100 à 160. »

Jaccoud (1), tout en croyant que la méningite tuberculeuse est rare chez le nourrisson, est persuadé qu'elle échappe souvent au diagnostic par suite du peu de symptômes qu'elle présente.

Il cherche à lui fixer un cadre clinique. Il décrit donc une forme à évolution rapide avec diarrhée profuse et amaigrissement considérable. Dans ce cadre il fait jouer un rôle important à la *somnolence* et à la *fixité du regard*. Il a écrit à ce sujet une page magnifique que nous ne pourrions mieux faire que de citer dans notre étude clinique.

Legendre (2), après avoir décrit plusieurs formes de méningite chez le nourrisson, cite une forme tout à fait fruste, à évolution rapide chez des petits tuberculeux

1. JACCOUD. *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques*, tome XXII.

2. LEGENDRE. *Recherches sur quelques mal. de l'enfance*, 1846.

avancés, mais il ne donne aucun moyen de la déceler, si ce n'est que chez eux on devra toujours se tenir en garde et songer aux méninges.

Il rapporte ainsi plusieurs observations où les lésions de méningite ne furent découvertes qu'après la mort. Il attire alors l'attention, sur ce fait que ces petits malades avaient été pendant leur maladie frappés de *somnolence* profonde et d'*amaigrissement* rapide. En outre ils présentaient de remarquables *irrégularités* du pouls.

Decroizilles (1), comme les auteurs précédents, décrit en dehors des deux méningites classiques une forme atypique à propos de laquelle il dit : « A peine observe-t-on chez certains enfants des spasmes faiblement prononcés et surtout de la *somnolence*. »

Pour Bouchut (2) la méningite tuberculeuse du nourrisson ne présente au début aucun signe habituel et au sujet d'une observation que nous rapportons à la fin de cet ouvrage, il écrit ces lignes :

« Ne trouvant aucune lésion caractérisée et guidé par la *somnolence* et les *irrégularités* du pouls, je songai à la méningite tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé et l'enfant mourut après une crise de convulsions. »

On voit par là qu'avant l'apparition des grands symptômes moteurs le diagnostic fut tout au moins possible sinon affirmatif.

1. DECROIZILLES, *Pathol. et clin. infantiles*, 2^e édition.

2. BOUCHUT, *Traité prat. des mal. des nouveau-nés*.

Cadet de Gassicourt (1) a cherché aussi à fixer la symptomatologie de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson, et s'il décrit la forme éclamptique, il ajoute aussitôt que la *somnolence* est un des signes les plus constants, et constitue en dehors des crises, l'état habituel.

Il a également bien observé l'importance de l'*amaigrissement* et en parle en ces termes: « L'enfant s'amaigrissait, se momifiait avec une rapidité prodigieuse, en trente-six heures, il était devenu méconnaissable. »

Aviragnet (2) ne croit pas non plus que tous les cas de méningite tuberculeuse chez le nourrisson soient cantonnés dans les deux formes classiques.

Voici quelle est son opinion à ce sujet :

« La symptomatologie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant est des plus variées ; chacun d'eux faisant sa maladie à sa façon. Mais ce que nous désirons faire remarquer, c'est l'absence toujours à peu près complète des trois périodes qu'on trouve décrites dans les livres classiques. »

Mais pourtant bien que chaque enfant réagisse à sa manière, il est de toute nécessité, d'avoir quelque base pour étayer son diagnostic et Aviragnet la trouve dans l'*irrégularité* du pouls au sujet de laquelle il écrit les lignes ci-dessous :

« A la période d'état, il est un signe qui ne fait jamais

1. CADET DE GASSICOURT. *Traité élém. des mal. de l'enfance*, tome III.

2. AVIRAGNET. *Thèse de Paris*, 1892.

défaut, c'est l'*irrégularité* du pouls. Nous l'avons constatée dans tous nos cas, et quand elle existe chez un petit malade avec d'autres signes de méningite, le diagnostic est à peu près certain. »

Avec Guersant, Peter, Baginsky, d'Espine et Picot, nous arrivons aux auteurs qui ont le plus nettement aperçu la troisième forme de la méningite tuberculeuse du nourrisson.

Guersant (1) considère que dans toute méningite la somnolence est un symptôme fondamental, et d'autre part, il cite une forme fruste qu'il décrit ainsi :

« Parfois la fièvre est également continue; mais la *somnolence* est plus ou moins profonde du commencement à la fin de la maladie. »

D'Espine et Picot (2) décrivent sous le nom de forme latente une forme de méningite absolument semblable à celle qui fait l'objet de ce travail, mais ils n'en fixent pas les caractères cliniques principaux.

Peter (3) rapportant une observation d'enfant atteint de céphalalgie et de diarrhée avec prostration, fait le diagnostic de méningite tuberculeuse sur la seule remarque de l'indifférence avec lequel l'enfant se laissait examiner. Son diagnostic fut confirmé dans la suite.

Baginsky (4) dit également que peu de maladies présentent une symptomatologie aussi irrégulière que la

1. GUERSANT. *Dictionnaire de méd.*, 2^e édition, 1839, tome XIX.

2. D'ESPINE ET PICOT. *Trait. prat. mal. enfance*, tome I.

3. PETER. *Gaz. des hôp.*, 21 août, 1886.

4. BAGINSKY. *Traité des mal. des enfants*, trad. GUINON ET ROMME, tome II.

méningite tuberculeuse du nourrisson, aussi cherche-t-il à en fixer les éléments essentiels et attache-t-il une grande importance diagnostique à la *somnolence* et au *rythme* du pouls.

Voici quelle est son opinion au sujet de ces deux symptômes :

SOMNOLENCE : « Depuis quelque temps, l'appétit du petit malade est mauvais, son état général laisse à désirer, il maigrit et devient pâle. Les moindres mouvements le fatiguent très vite ; il s'endort à toute heure, dans les bras de sa mère, au milieu de ses jeux, sur une chaise, sur une table, et même par terre. »

A PROPOS DU POULS : « Les battements du pouls retardent de temps en temps comme si une pulsation manquait ; puis les pulsations suivantes se succèdent avec une rapidité plus grande qu'à l'état normal. Ce phénomène n'est bien perceptible qu'en examinant longuement et fréquemment le pouls. »

Tous ces auteurs, à un degré différent, ont entrevu ou décrit la forme *somnolente* de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson.

Seul, un médecin russe, Nil Filatow (1), est très explicite à l'égard de cette forme et l'a décrite tout au long. Il met très nettement en relief les quatre termes du syndrome que nous avons signalé ; aussi croyons-nous nécessaire, pour la probité de notre travail, de rapporter aussi longuement que possible les citations

1. NIL FILATOW, *Diagnostic et sémiologie des mal. de l'enfance*, traduction E. PÉRIER, 1902.

faites par cet auteur, au sujet de la forme somnolente de la méningite tuberculeuse.

1° *La somnolence chez l'enfant.* -- « Le phénomène le plus saillant, c'est l'augmentation lente mais progressive de l'abatement jusqu'à la somnolence qui, vers la fin de la maladie, se transforme en coma profond.

« L'enfant s'endort plusieurs fois par jour d'un sommeil presque normal et tranquille. Au début il suffit d'un simple appel pour le réveiller.

« Il répond aux questions posées et possède sa pleine connaissance, mais dès qu'il est abandonné à lui-même il ferme les yeux et s'endort.

« Plus tard, la somnolence devient de plus en plus profonde, l'enfant ne se réveille plus qu'à la suite de provocations douloureuses auxquelles même, plus tard encore, il ne répondra plus que par des cris réflexes, jusqu'à ce que, finalement, les réflexes aussi disparaissent quelque temps avant la mort. »

Filatow ajoute spécialement à propos du nourrisson :

« Chez eux, l'état apathique se manifeste par la tendance au sommeil. Il est donc assez caractéristique du début de la méningite que le nourrisson, après avoir présenté quelques jours des vomissements et de l'agitation, commence à s'endormir fréquemment, même dans la journée. »

2° *Troubles gastro-intestinaux.* — Filatow les a parfaitement vus et affirme avec raison qu'il est fréquent de voir la constipation faire défaut chez le nourrisson atteint de méningite tuberculeuse.

3° *Le pouls*. — D'après lui, il est irrégulier et ralenti, puis s'accélère vers la fin de la maladie, où il atteint fréquemment 200°.

« L'irrégularité du pouls se manifeste d'abord par l'inégalité dans la force et dans la fréquence des pulsations, puis par de légères intermittences qui vont en s'accroissant.

4° *Appareil visuel*. — Filatow est très explicite à ce sujet :

« Ce qui frappe surtout (dit-il), c'est l'immobilité du regard, signe de diagnostic le plus précieux chez les très jeunes enfants, chez lesquels il est des plus précoces. L'enfant clignote rarement ; les paupières sont ouvertes toutes grandes, les yeux comme dirigés dans le vide. L'enfant ne fixe pas les objets qu'on met sous ses yeux ; il semble voir très mal, car il ne clignote pas lorsqu'on rapproche le doigt de ses yeux. »

5° *Amaigrissement*. — « Au point de vue de l'aspect (habitus) qu'offre l'enfant atteint de méningite tuberculeuse, c'est son *amaigrissement excessif* dans un temps très court qui devient caractéristique. En deux semaines, il devient squelettique. »

De tout ce chapitre d'histoire, il découle très nettement que si les deux formes *éclamptique* et *paralytique* ne sont pas discutées, elles sont loin d'embrasser tous les cas. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la méningite tuberculeuse dans la première enfance, ont cherché, par suite de l'absence des grands symptômes classiques, une autre base diagnostique dans les

symptômes réputés accessoires. Ils ont pu ainsi, décrire plus particulièrement tel ou tel symptôme leur permettant sinon d'asseoir une certitude de méningite tuberculeuse, du moins d'avoir une probabilité. Seul, Filatow a nettement décrit les caractères principaux de *la méningite tuberculeuse à forme somnolente* que nous considérons avec lui, comme la plus fréquente chez le nourrisson.

ÉTIOLOGIE

Nous serons bref sur ce chapitre d'étiologie où nous n'avons rien trouvé qui ne fût déjà connu.

La méningite tuberculeuse à forme somnolente ne se distingue pas sous ce rapport des autres formes.

L'hérédité tuberculeuse ou névropathique joue certainement un grand rôle comme cause prédisposante.

Mais nous sommes volontiers porté à croire que chez nos petits malades de l'hôpital Hérold, la misère seule, le manque de soins, les logements insalubres ont grandement suffi pour amener la déchéance physique primitive sur laquelle s'est rapidement greffée la tuberculose.

La question de sexe ne paraît pas jouer un grand rôle; cependant, chez nos petits enfants, le sexe féminin paraît avoir payé une plus large contribution à la maladie.

Quant à la question d'âge, qui fait l'objet de tant de commentaires dans les classiques, nous avons dit précédemment, quelle est notre opinion à ce sujet.

Nous avons constaté, que la méningite tuberculeuse sévissait tout aussi bien dans la première que dans la seconde enfance et nous avons apporté, à l'appui de notre affirmation, le dénombrement de nos observations.

Les conditions climatiques ne paraissent guère influencer sur la fréquence des cas observés. pourtant les saisons moyennes semblent présenter la majorité des cas.

Les maladies éruptives de l'enfance, et surtout leurs complications, paraissent avoir une influence assez notable, en mettant l'enfant dans un état d'infériorité momentanée mais suffisant pour permettre l'évolution de la tuberculose.

Toutes ces causes ne sont qu'adjuvantes ou occasionnelles. La seule cause déterminante est l'apport du bacille de Koch dans l'espace sous-arachnoïdien.

D'où vient ce bacille?

1° *Par la voie trachéo-bronchique* il a déjà envahi assez fréquemment les ganglions du médiastin. De là par voie sanguine et lymphatique il a pu gagner le cerveau.

2° *Par le nez*, il a pu se frayer également un chemin jusqu'aux méninges.

3° *Par les ganglions infectés au cou* il a pu également se propager au cerveau et la micro-polyadénite bilatérale du cou semble, en effet, devoir être assez souvent incriminée.

Pour notre part, nous serions tenté de voir dans cette dernière cause, une source fréquente d'invasion cérébrale par le bacille de Koch. Car, très fréquemment,

nous avons trouvé, à la nécropsie des tubercules caséux anciens qui, presque toujours, siégeaient dans les lobes occipitaux ou les lobes cérébelleux.

Or, on sait avec quelle facilité les abcès de l'oreille et de la région du cou se propagent au cerveau et surtout au cervelet.

D'autre part, nous avons trouvé chez des enfants de 2 à 3 mois de ces tubercules paraissant très anciens. Et, contre-carrant l'opinion généralement admise, nous nous demandons si ces tubercules n'étaient pas antérieurs à la naissance, posant ainsi de nouveau la question de l'hérédité tuberculeuse.

Nous croyons, qu'il serait intéressant de pratiquer à cet égard des coupes du cerveau, et plus particulièrement du cervelet et des lobes occipitaux chez des enfants mort-nés ou avant terme.

En tous cas, quel que soit leur mode de formation, ces tubercules ont toujours évolué d'une manière absolument silencieuse et ne se sont révélés pendant la vie par aucun symptôme.

ETUDE CLINIQUE

Tous les cliniciens sont d'accord pour affirmer que la valeur séméiologique du trépied méningitique est nulle chez le nourrisson.

C'est qu'en effet si nous prenons chacun des signes qui composent ce syndrome, nous voyons qu'il n'existe pas ou qu'on ne peut l'interpréter.

La céphalée existe peut être chez le nourrisson, mais comment en serions-nous averti chez un petit enfant de quelques mois qui ne peut traduire sa souffrance que par des cris ; et ces cris mêmes, n'existent pas la plupart du temps, laissant supposer que chez ces enfants, la méningite tuberculeuse évolue silencieusement tant au point de vue subjectif qu'objectif.

Les vomissements existent, cela n'est pas douteux, mais quelle valeur peuvent-ils avoir chez des petits enfants qui sont généralement soignés d'une manière déplorable, qui n'ont jamais eu de repas réglés et pour lesquels le sein ou le biberon sont considérés comme un jouet utile et commode pour arrêter les pleurs. On

ne peut pas, tout au moins dans la pratique hospitalière et aussi, croyons-nous, dans la pratique de campagne, attacher aux vomissements seuls une valeur très importante.

La constipation chez le nourrisson est tout à fait exceptionnelle et c'est plutôt le contraire que nous avons généralement observé ainsi que beaucoup d'autres auteurs, d'ailleurs.

De l'absence de ces trois symptômes classiques, et le besoin se faisant sentir d'avoir une autre base clinique pour étayer la méningite tuberculeuse chez le nourrisson, sont nées les deux formes *éclamptique* et *hémiplegique*.

Nous ne nous arrêterons pas à ces deux formes qui sont parfaitement décrites par la plupart des auteurs ; nous en donnerons simplement une courte description d'après Hutinel.

FORME ÉCLAMPTIQUE

« La période prodromique fait habituellement défaut. C'est alors une *crise convulsive* qui marque le début de la maladie. Après cette crise l'enfant reste demi-comateux, la tête chaude ; il a une fièvre modérée, une inappétence complète. La nuque est raide, la fontanelle tendue et saillante. Si l'on constate en même temps du strabisme, de l'inégalité des pupilles, une *paralysie* plus ou moins accentuée à forme hémiplegique ou monoplégique, *des convulsions partielles ou généralisées* suivies de coma, on doit songer à une *méningite*. Mais

il est plus difficile d'établir la nature tuberculeuse de l'affection, la mort peut survenir après vingt-quatre ou trente-six heures, plus souvent après deux ou trois jours, au milieu d'un accès de convulsions. »

FORME HÉMIPLÉGIQUE.

« Chez un nourrisson de 6 à 10 mois atteint de « fièvre légère, on constate une paralysie plus ou « moins complète d'un côté du corps, puis apparais- « sent des convulsions localisées ou généralisées, la « nuque devient raide, la fontanelle se tend, les réflexes « s'exagèrent, et l'enfant tombe dans le coma. »

Ce sont là deux formes bien distinctes et nettement définies. Mais ce sont plutôt deux schémas que l'expression de la réalité. Bien rares, en effet, sont les cas où les convulsions et les paralysies forment le substratum du tableau clinique. Le plus souvent elles n'existent qu'à l'état de phénomènes passagers, initiaux ou terminaux sur un fonds morbide mal défini par les classiques.

La plupart du temps même, les grands phénomènes n'existent pas du tout, et l'enfant meurt de sa méningite sans avoir présenté la plus petite réaction. Il semble que chez les tout petits, l'organisme soit absolument sidéré par le poison tuberculeux. Progressivement, mais avec une inflexible rigueur, le petit nourrisson passe de la santé à la maladie et de l'agonie à la mort sans présenter de phénomènes moteurs réactionnels.

Chez eux, point de périodes dans l'évolution de la maladie ainsi que cela est décrit pour la deuxième enfance. Les nourrissons atteints de cette terrible affection ne semblent pas réagir et avec une rapidité extrême (6 à 8 jours) ils sont terrassés.

On comprend aisément qu'une affection évoluant aussi rapidement, et avec un calme aussi parfait, ait tenu en échec la sagacité des cliniciens surtout quand les autres formes de la même maladie sont caractérisées par des symptômes à grands fracas.

Nous nous trouvons donc là, en présence d'une affection qui ne présente pas le trépied méningitique, qui évolue absolument en dehors des phénomènes classiques permettant d'attirer l'attention du côté du cerveau et des méninges.

Pourtant, c'est de la méningite tuberculeuse ; nous avons, en effet, vérifié le diagnostic porté, sous le triple contrôle du *cyto-diagnostic*, de la *nécropsie*, et de l'*inoculation au cobaye*.

L'étude détaillée des trente-sept cas qui ont été observés à l'Hôpital Hérold, a permis de constituer un syndrome remarquablement constant, et qui, réalisé dès les premiers cas, a toujours permis dans la suite de poser un diagnostic ferme.

Comme nous l'avons dit dans notre chapitre d'introduction, ce syndrome est caractérisé par l'association des quatre symptômes suivants :

Somnolence progressive.

Catalepsie oculaire.

Amaigrissement progressif.

Instabilité du pouls et irrégularité.

Ces quatre éléments qui ne manquent jamais forment une base solide pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse. Ils forment, nous dirons plus, le fonds permanent de toute méningite tuberculeuse, quelle ait une symptomatologie fruste ou classique. Mais dans ce dernier cas le syndrome précédent semble reculer au second plan, devant l'apparition des violentes réactions de l'organisme, qui, si elles sont plus typiques et plus frappantes sont infiniment moins constantes.

Avant d'étudier dans son ensemble la méningite tuberculeuse somnolente, nous croyons utile de décrire en détail ces quatre symptômes fondamentaux qui sont, à vrai dire, la clef de voûte du diagnostic dans les cas difficiles en particulier.

SOMNOLENCE. — Parmi eux, le plus important, celui qui frappe davantage au premier abord, est incontestablement la *somnolence*. C'est elle qui marque véritablement le début de la méningite et force l'attention du clinicien par ses caractères particuliers.

A première vue pourtant et dans le début de la maladie, elle ne présente rien de remarquable pour toute personne non prévenue. Mais, quand on a eu l'occasion de l'observer quelquefois, on ne se méprend plus sur sa haute valeur diagnostique. Au reste, les vieux cliniciens connaissaient bien cette particularité et s'ils n'osaient faire un diagnostic ferme à sa seule constatation, du moins, l'ont-ils décrite parfaitement dans la méningite tuberculeuse.

Chantemesse (1) dit à ce sujet :

« La somnolence diurne qui sépare les périodes de délire prend un caractère particulier. Les malades, les yeux mi-clos, regardent machinalement un objet ; ils sont plongés dans une méditation telle, que les questions qu'on leur adresse ou les excitations cutanées sont à peine perçues. »

La somnolence n'est pas d'emblée profonde et continue. Tout au contraire, et c'est là sa caractéristique principale, elle va en s'accroissant, augmentant chaque jour de durée et d'intensité. D'abord légère et interrompue, elle progresse pour devenir profonde et continue jusqu'au jour où elle aboutit au coma final.

Il est très rare que d'emblée la somnolence soit intense. Cependant le cas s'est présenté plusieurs fois où des parents nous ont apporté leur enfant parce que depuis quelques jours il dormait continuellement.

Ce n'est pas là la marche ordinaire de la somnolence ; voici généralement quelle progression elle suit.

Un enfant qui, jusqu'à ce jour, était gai, bien portant, turbulent même, devient en peu de temps morose, triste et calme. Quatre ou cinq fois dans la journée, il s'endort légèrement d'un sommeil qui paraît d'abord naturel. Les parents croient à un peu de fatigue, mais les mêmes phénomènes se poursuivent et s'accroissent, l'inquiétude commence à venir dans la famille ; on dit que l'enfant couve quelque maladie. En effet, c'est bien un début, mais rien encore n'est net, l'enfant n'a que *des accès de sommeil*.

1. CHANTEMESSE. *Thèse de Paris*, 1884.

Il entre à l'hôpital et là, en une nuit, la physionomie du petit malade change totalement. Dans ces douze heures, la somnolence s'est installée à demeure.

Si on ne s'occupe pas de lui, le petit malade va passer tout son temps à dormir, il ne s'éveillera même pas pour réclamer sa nourriture. Et pourtant son sommeil est encore léger. Si vous l'appellez, il se réveille, s'il est assez grand pour reconnaître les personnes qui l'entourent et pour parler il dira quelques mots; puis, sitôt que vous cessez de fixer son attention il se replonge dans son sommeil.

Dès lors, de jour en jour, la somnolence s'accroît, le petit malade repose inerte dans son berceau, soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus latéral. Le monde extérieur lui est indifférent, il ne reconnaît plus les figures familières, à peine ébauche-t-il un mouvement instinctif de défense si on le pince ou si on le pique. D'alimentation il n'en est pas question; le petit malade ne peut plus être nourri que par gavage. Il a perdu jusqu'au réflexe de la succion. Souvent même, on note de la rétention d'urine, et pourtant la vessie n'est pas paralysée puisqu'il suffit d'exciter la région périméale ou hypogastrique pour obtenir une miction.

Puis, en peu de temps, *cette somnolence* aboutit au coma profond. Le petit malade est une masse absolument inerte, insensible à toute excitation venue du dehors. Il ne vit plus pour quelques heures encore que de sa vie végétative. Tout ce qu'il y avait chez lui d'intelligence, de sensibilité et de sensations a disparu. C'est dès lors une lente agonie qui commence, agonie

douce en vérité ou tout au moins qui le paraît, puisque sans réactions, presque sans efforts, dirions-nous volontiers, il va glisser de l'infime parcelle de vie qui lui reste, à la mort.

Telle est l'allure générale *de la somnolence* dans la méningite. Son caractère dominant est, comme on peut en juger dans les observations que nous publions, la progression continuelle, sans intermittence, sans phase d'oscillation ni de rémission comme on le décrit dans la méningite de la deuxième enfance.

Accès de sommeil, somnolence continuelle, torpeur profonde et coma terminal, telles sont, pour nous résumer, les quatre étapes insensibles parcourues dans l'évolution de la maladie.

CATALEPSIE OCULAIRE. — Le deuxième terme du syndrome est caractérisé par la *catalepsie oculaire* ou si l'on veut, par la *fixité du regard*. De même que la somnolence, ce symptôme est de ceux qui attirent le plus immédiatement l'attention du clinicien. Sa valeur de premier ordre est d'autant moins à négliger qu'il est des plus constants et s'impose à l'examen.

Jaccoud (1), en a donné une description magistrale qui trouve tout naturellement sa place dans ce chapitre. Voici ce qu'il écrit à ce sujet :

« Les malades tombent dans un état de calme absolument singulier que l'on n'observe que dans la méningite tuberculeuse. Ils n'ont pas l'apparence de dor-

1. JACCOUD, *loco citato*.

mir, mais ils ont l'air d'être plongés dans une profonde réflexion. Ils ont les yeux ouverts, les globes oculaires immobiles, le regard dirigé vers un objet qu'ils paraissent regarder par distraction et sans le voir, comme il arrive souvent à ceux, qui dans l'état de santé, sont soudainement absorbés par une réflexion sérieuse et qui dirigent machinalement leur regard vers un objet qu'ils ne voient pas en réalité. Si on cherche à retirer les malades de leur méditation apparente, si on les questionne, ils répondent souvent avec répugnance, avec lenteur, puis retombent aussitôt dans leur calme méditatif et trompeur. »

Cette belle description se rapporte aux méningites de la deuxième enfance, aux malades qui, déjà, peuvent donner l'illusion de l'attention. Chez les nourrissons, cette description est encore très vraie dans ses grandes lignes, les détails seuls diffèrent quelque peu.

Le nourrisson dort les yeux mi-clos et plus souvent encore les yeux grands ouverts. Les globules oculaires sont dirigés droit en avant parfois, un peu relevés vers la paupière supérieure. Ils ne semblent pas fixer d'objet et comme les petits malades sont généralement dans le décubitus dorsal le regard est perdu dans le vague, absolument atone. Cette expression de la physionomie est vraiment saisissante, on a l'impression très nette que ces enfants, avec leurs yeux grands ouverts ne voient pas, et nous ne pouvons mieux comparer ce regard morne et ces yeux ternes qu'à ceux des aveugles dont les globes sans éclats restent perpétuellement fixes dans l'orbite.

Trois conditions se trouvent réunies ou plutôt se succèdent pour donner au regard du petit malade cette expression si particulière.

Ce sont :

1° L'absence du clignement palpébral ;

2° L'amblyopie ;

3° La disparition du réflexe conjonctival.

De ces trois phénomènes, le premier en date, le plus facile à constater, celui aussi qui, en peu de jours, concourt à ternir le poli des globes oculaires c'est *l'absence du clignement palpébral*.

- Ce n'est pas, comme on serait tenté de le croire, par contracture du releveur de la paupière supérieure que ce phénomène se produit. Il existe au même titre que l'abolition du réflexe de la succion ou que la rétention d'urine.

Il est plus ou moins accentué ; parfois le clignement des paupières se produit toutes les minutes, d'autres fois il est beaucoup plus rare, et chez deux de nos petits malades il ne se produisait que toutes les sept ou huit minutes.

Il est facile de prévoir que dans ces conditions le globe oculaire ne fonctionne plus normalement ; au bout de peu de temps, la conjonctive se dessèche puis s'enflamme et enfin suppure. L'état du petit malade est alors lamentable. Les yeux sont rouges, congestionnés, embarrassés d'un magma purulent qui obstrue l'espace interpalpébral, et dont la reproduction n'est arrêtée que par l'occlusion permanente des paupières au moyen de compresses humides aseptiques.

Le second phénomène à noter dans cette fixité du regard, c'est *l'amblyopie*.

Elle se montre en général vers le début de la période d'état, c'est-à-dire au moment où la somnolence devient continuelle. Le petit malade regarde dans le vide, avons-nous dit précédemment ; il a la physionomie d'un aveugle.

Voit-il encore ? Nous sommes très porté à croire qu'il n'en est rien, car un objet déplacé devant ses yeux n'est pas suivi par les globes oculaires. On pourrait nous objecter que, chez des enfants aussi petits, il est difficile de fixer l'attention sur un objet. Mais nous avons fait la contre-épreuve avec des petits malades voisins et du même âge ; chaque fois que devant leurs yeux nous avons agité un jouet ou un objet voyant, nous les avons vus suivre très régulièrement tous ses déplacements.

En outre, il est un phénomène qui existe toujours, même chez les petits enfants, c'est l'occlusion de défense des paupières quand on approche vivement le doigt dans la direction des yeux. Or, chez nos petits méningés nous avons répété fréquemment cette expérience, nous avons approché le doigt jusqu'à toucher la conjonctive ; nous n'avons jamais eu la moindre tentative d'occlusion des yeux. Ceci nous porterait à croire que la vue est abolie ou tout au moins que les sensations visuelles sont extrêmement émoussées.

Au reste, la pupille elle-même n'est pas indemne, elle n'accommode plus à la distance, cela va de soi, puisque les objets ne sont pas perçus et à peine

a-t-on une ébauche d'accommodation à la lumière.

Nous venons de dire qu'il était possible d'approcher le doigt jusqu'à la conjonctive sans qu'il y ait de réaction de défense. On peut, en effet, promener le doigt sur la conjonctive et on voit que cette dernière est douée d'une sensibilité tout à fait obtuse et souvent d'une insensibilité vraiment complète dans les derniers jours de la maladie. C'est là ce qui caractérise le troisième symptôme de l'œil méningitique.

C'est l'abolition du réflexe conjonctival.

AMAIGRISSEMENT PROGRESSIF. — Il constitue le troisième terme du syndrome somnolent. Débutant avec la maladie, précédant même d'assez longtemps la période d'état, il est souvent le seul symptôme prodromique pour lequel les parents apportent leur enfant à la consultation.

Sans aucune fièvre, sans qu'on puisse trouver une explication, en pleine santé apparente, le nourrisson qui n'a encore rien changé dans sa manière d'être, maigrit progressivement. Pendant deux à trois semaines, il perd ainsi chaque jour un peu de son poids, jusqu'au moment où d'autres symptômes plus caractéristiques viennent éclairer et fixer le diagnostic.

A la période d'état, cet amaigrissement se poursuit sans rémission. Parfois il est très sensible à l'œil surtout si le nourrisson est déjà en mauvais état à l'arrivée. D'autres fois, au contraire, cet amaigrissement ne peut être constaté qu'à la balance. Mais si chaque jour, on pèse le petit malade, on voit que sa perte quoti-

dienne est régulière et qu'elle se traduit par un déficit de 40 à 80 grammes en moyenne. Et cela, d'une manière inexorable sans qu'on note un jour une grande chute et le lendemain un état stationnaire. A chaque pesée, la courbe de poids descend d'un degré à peu près égal et si la maladie se prolonge on arrive à voir un petit être absolument squelettique, tel qu'il n'en existe que chez les tuberculeux avancés ou les athreptiques.

Comme les précédents, ce symptôme est d'une remarquable constance dans la méningite tuberculeuse. Jamais nous l'avons trouvé en défaut ; et si l'on veut bien se reporter au chapitre d'historique on pourra voir que plusieurs auteurs l'ont également signalé.

Donc amaigrissement précoce, progressif, régulier sans aucune rémission, tel est le troisième terme du syndrome.

INSTABILITÉ DU POULS. — A côté des trois symptômes précédents et non moins important qu'eux se place l'examen du pouls, tant dans sa physionomie propre, que comparé à la courbe de température.

Nul symptôme n'a été mieux vu que celui-là dans la méningite tuberculeuse, quelle que soit sa forme, *éclamptique ou paralytique, fruste ou classique*, qu'elle évolue chez l'adulte, l'enfant, ou le nourrisson.

Tous les auteurs décrivent les irrégularités du pouls, et presque tous le décrivent ralenti.

Dans la *méningite tuberculeuse somnolente*, cette description n'est plus vraie et demande quelques rectifications.

Le caractère le plus remarquable du pouls dans cette forme de méningite est son instabilité. Il est anormal dans sa fréquence et cette fréquence elle-même est variable d'un instant à l'autre.

Contrairement aux auteurs classiques nous l'avons toujours trouvé accéléré même dans les périodes où il est le moins rapide.

Si on examine plusieurs fois par jour le pouls d'un petit méningitique, on note des écarts considérables. Dès le début de la maladie, c'est même la seule modification qu'on ait généralement à enregistrer.

Ces écarts peuvent, d'un moment à l'autre, varier du simple au double. Le pouls qui bat à 80 ou 90° va, dans une heure ou même moins, s'accélérer au point de battre à 140 ou 160° à la minute. Pourtant, son rythme est régulier, d'une pulsation à la suivante.

Dès lors, si l'on considère que la température dans la méningite est, la plupart du temps, à peine au-dessus de la moyenne, on a ainsi, dès le début de la maladie *une dissociation du pouls et de la température*. Mais cette dissociation est en sens inverse de celle donnée par les auteurs dans la méningite de la deuxième enfance.

Cadet de Gassicourt (1) a bien décrit cette instabilité du pouls et il écrit à ce sujet les lignes suivantes :

« Le pouls est bien frappé et les pulsations se succèdent sans interruption ; mais sa rapidité est très variable ; ainsi, à quelques minutes d'intervalle le pouls passe de 120 à 160 pulsations. »

1. CADET DE GASSICOURT *loco, citato*.

On voit de quelle importance est cette constatation, puisque, dès le début de l'affection, elle existe, et qu'elle permet déjà d'attirer, d'une manière pressante, l'attention du clinicien vers le cerveau.

A mesure que la maladie progresse, en même temps que le petit malade s'éteint dans le coma, les troubles du rythme cardiaque s'accroissent de plus en plus.

La tachycardie intermittente fait souvent place dans la phase terminale, à la tachycardie permanente. En outre le pouls devient irrégulier et inégal. A cette période si on le prend longuement, on note que des pulsations, manquent, que d'autres sont à peine senties et suivies de quelques pulsations précipitées. Comme toute, l'innervation du cœur est profondément troublée à sa source et comme il n'obéit plus à aucune règle il bat la campagne.

Donc, un pouls régulier mais instable, toujours accéléré au début, puis irrégulier, inégal et dissocié, tel est le quatrième et dernier terme du syndrome.

Tels sont les quatre symptômes que nous avons toujours trouvés dans les cas de *méningite tuberculeuse à forme somnolente*. Ils nous ont toujours suffi à porter un diagnostic ferme, qu'ils aient été ou non accompagnés d'autres symptômes qui nous ont paru accessoires et inconstants, et dont nous allons maintenant faire la description.

Ainsi que nous venons de le dire, au tour de ce syndrome fondamental, gravite un certain nombre d'autres signes qui, pour la plupart, ont été décrits dans les au-

tres formes de méningite tuberculeuse, mais qui n'ont ni la constance, ni la régularité de ceux que nous venons de décrire.

En première ligne et parmi les moins inconstants, nous devons signaler les troubles gastro-intestinaux, *vomissements et diarrhée*.

C'est, qu'en effet, les nourrissons comme les enfants plus âgés sont fréquemment atteints de vomissements dans la méningite tuberculeuse. Vomissements qui apparaissent généralement à la période de début mais qu'on note aussi à la période d'état. Ils n'ont rien de fixe, rien de net qui permette de les caractériser. Tel petit malade présente deux ou trois vomissements successifs et c'est tout ; tel autre vomit pendant des journées entières.

La diarrhée n'est pas moins fréquente et revêt une allure aussi peu régulière. Tantôt modérée, tantôt profuse, parfois intermittente, souvent continue, elle s'accompagne, en général, d'un peu de ballonnement du ventre. Ainsi que les vomissements, d'ailleurs, elle a pour caractéristique d'échapper à toute médication et de tenir en échec tous les moyens thérapeutiques employés pour les combattre ou les calmer.

Ces phénomènes, quand ils se produisent, ont une importance qui n'échappera à personne ; car, loin de faciliter le diagnostic, ils viennent, au contraire, l'obscurcir. En effet, ils attirent beaucoup plus l'attention que les autres symptômes et pour peu que le médecin ne soit pas familiarisé avec cette forme de la méningite,

il porte, presque à coup sûr, le diagnostic de gastro-entérite.

C'est ainsi que dans un service d'enfants où il fut conduit par hasard, Abrami vit deux petits malades hospitalisés sous l'étiquette de choléra sec, et qui étaient, en réalité, des *tuberculeux méningés*. Il rectifia le diagnostic porté, demanda la permission, qui lui fut accordée, de pratiquer la ponction lombaire chez ces deux malades. L'examen du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation au cobaye, montrèrent que la rectification était juste, et peu de temps après les deux petits malades mouraient, révélant à l'autopsie des lésions classiques de méningite de la base.

Nous reviendrons plus longuement sur ces symptômes au chapitre du diagnostic différentiel.

La température mérite également, mais déjà à un degré moindre, d'attirer notre attention. Elle ne présente rien de comparable à celle décrite dans les classiques, On ne trouve point en effet d'élévation initiale et terminale encadrant une période de fièvre modérée. La courbe de température dont Roger faisait un véritable signe pathognomonique n'existe pas dans cette forme. Elle est absolument irrégulière, variable d'un cas à l'autre, tout à fait fantaisiste chez le même individu ; elle ne peut en aucune manière aider au diagnostic.

Chez certains malades, la fièvre est violente au début pour devenir tout à fait modérée vers la fin de la maladie ; chez d'autres, au contraire, elle revêt une allure inverse. Chez le plus grand nombre pourtant, elle est modérée, oscillant entre 38, et 38.5 mais avec quelques

caprices en dessus et en dessous de ces deux termes moyens. Fréquemment elle présente une ascension terminale notable, dans les dernières vingt-quatre heures.

La respiration présente parfois quelques particularités ; elle est assez souvent irrégulière, le petit malade semblant oublier de respirer ; elle est assez souvent entrecoupée de longs soupirs. Mais ce sont là des phénomènes passagers, fugitifs, qu'on peut saisir de temps à autre et qui n'existent pas dans tous les cas.

Simon (1) donne comme signe constant de début dans la méningite l'*irrégularité* du type respiratoire et la *dissociation* des mouvements du thorax et du diaphragme.

Mais pour observer avec soin ces deux ordres de symptômes, il commande de découvrir très lentement le petit malade afin que la sensation de froid ne vienne pas troubler le rythme ordinaire de l'appareil pulmonaire.

Pour notre part, nous avons cherché ces deux ordres de signes et en particulier le dernier. Mais soit manque de technique et d'habitude, soit que dans la forme somnolente il n'existe pas, nous ne l'avons pas constaté.

La recherche des signes *classiques oculaires* a presque toujours été négative, en dehors de la catalepsie oculaire, caractérisée par la triade symptomatique que nous avons décrite précédemment. Cependant la *mydriase* semble un symptôme assez fréquent. Elle est généralement égale aux deux yeux, d'où la plupart du temps l'absence d'inégalité pupillaire.

1. SIMON, *Gaz. des hôp.*, 25 février 1895.

De même, pas de *strabisme* permanent. De temps à autre, et d'une manière toute passagère, on voit les deux globes oculaires converger vers l'angle interne de l'orbite. Ils restent fixés ainsi quelques minutes ou quelques heures au plus, puis tout disparaît. Encore ce phénomène ne se produit-il pas chez tous les petits malades.

Le ptosis n'est pour ainsi dire jamais noté.

Chez les tout petits, quand les *fontanelles* n'étaient pas encore fermées, nous avons cherché si elles étaient saillantes. Ce signe s'est montré très insconstant, parfois il existait nettement, parfois il était absolument négatif. Il ne peut donc fournir aucun renseignement certain, tout ce qu'on peut en dire, c'est que, lorsqu'il existe il aide beaucoup au diagnostic.

Le signe de *Kernig* a été recherché méthodiquement chez tous nos petits malades ainsi que la *raideur de la nuque*. Pour l'un et l'autre nos tentatives ont abouti, la plupart du temps, à un résultat négatif. C'est qu'en effet, ces deux symptômes sont surtout des signes de méningite cérébro-spinale et indiquent une participation intense de l'axe rachidien à l'infection. Or, ce n'est pas le cas dans la méningite tuberculeuse.

L'*abdomen* examiné également de parti pris, ne nous a jamais donné le type si bien connu du ventre en bateau. Au contraire il est un peu ballonné ou tout au moins normal dans tous les cas qui s'accompagnent de gastro-entérite. Dans les autres il est un peu creusé à vrai dire, non par rétraction, mais par suite de l'amaigrissement intense qui consume le petit malade.

La *raie méningitique* de Trousseau existe assez fréquemment, mais on sait qu'il ne faut pas y attacher une importance capitale.

Nous ne parlerons des *paralysies* et des *convulsions*, que pour dire qu'elles n'existent pas puisque c'est le caractère propre de la *méningite tuberculeuse à forme somnolente* de n'en pas présenter.

Nous venons d'étudier séparément, les symptômes qu'on trouve toujours dans la *méningite tuberculeuse somnolente* et ceux qu'on y trouve accessoirement où d'une manière inconstante.

Il manque encore, pour achever cette étude clinique, le tableau d'ensemble du petit malade, de sa période prodromique jusqu'à la phase terminale qui est toujours la mort.

Bien que cela nous expose à quelques redites, nous croyons indispensable de décrire la physionomie générale de la maladie dans son évolution. Ce sera là une sorte de description idéale du petit tuberculeux méningé, son schéma calqué d'après les phénomènes les plus saillants de nos observations.

Phase prodromique.

De plus ou moins longue durée, manquant quelquefois, généralement d'une quinzaine de jours, elle se présente sous plusieurs aspects différents.

Généralement, l'enfant marque un changement de caractère assez rapide pour inquiéter son entourage.

C'est le début que l'on trouve également dans les deux autres formes de la méningite tuberculeuse.

Parfois un court accès de convulsions qui ne reparaitra plus durant la maladie en marque le début.

Fréquemment aussi le petit malade s'endort plusieurs fois dans la journée quel qu'ait été son caractère avant la période d'invasion de la méningite.

Enfin, un certain nombre d'enfants traduisent leur infection par des troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée continuels.

Quel que soit de ces quatre modes de début, celui par lequel l'enfant entre dans la période d'état, il est toujours accompagné d'amaigrissement. Amaigrissement tout à fait précoce inexpliqué à cette période prodromique.

La période d'état se constitue et avec elle on voit apparaître l'uniformité presque absolue de nos petits malades, et le syndrome qui la caractérise.

Le nourrisson est couché dans son berceau, généralement sur le dos, quelquefois sur le côté, presque jamais dans l'attitude du chien de fusil que nous avons pourtant cherché à voir, mais vainement.

Il dort continuellement soit les yeux mi-clos soit grands ouverts. Si les vomissements et la diarrhée existaient à la période de début, ils persistent le plus souvent. Quelquefois ils s'installent à la période d'état.

Le pouls souvent vibrant, régulier à cette période, mais toujours instable, varie de 100 à 160 d'une heure à l'autre. La température et généralement subfébrile.

Au bout de quelques jours, la physionomie du petit

malade se modifie en s'accroissant. La somnolence est plus profonde, semi-comateuse. La catalepsie oculaire s'est installée. L'enfant pesé chaque jour accuse une déperdition quotidienne de 40 à 80 grammes. Le pouls tout en conservant son instabilité présente déjà quelque irrégularités, quelques faux pas.

Puis la phase comateuse arrive en quelques jours, l'amaigrissement est notable, même à l'œil ; la catalepsie oculaire permanente cause une conjonctivite plus ou moins accentuée. Le pouls qui s'est encore accéléré est très irrégulier. La température monte généralement laissant présager la fin prochaine. La respiration s'embarrasse et la mort arrive sans secousse. L'évolution morbide aura généralement duré de huit à dix jours quelquefois un peu plus, quelquefois un peu moins.

Tel est, à grands traits, le tableau d'ensemble de la maladie dans ce qu'elle a d'essentiel.

Nous voyons ainsi qu'on peut la diviser en deux variétés principales ayant à peu près la même fréquence.

1° Une variété où le syndrome est pur, et qui constitue la *forme somnolente type* ;

2° Une variété où ce syndrome bien qu'existant en entier est un peu obscurci par des troubles digestifs et qui constitue la *variété somnolente à forme gastro-intestinale*.

Pour les phénomènes intercurrents, pour les différences de détails qui peuvent exister dans chaque cas nous renvoyons à nos observations. Mais, à peu de chose près, elles se rapprochent de cette description type.

DIAGNOSTIC

Trois points principaux feront l'objet de ce chapitre.

1° Le diagnostic positif de la *méningite tuberculeuse à forme somnolente*, par la clinique ;

2° Son diagnostic différentiel ;

3° Sa confirmation par la ponction lombaire et l'inoculation au cobaye.

I. — DIAGNOSTIC POSITIF.

A la période d'état de la maladie, quand chez un enfant on a constaté pendant plusieurs jours le syndrome :

Somnolence progressive ;

Catalepsie oculaire ;

Amaigrissement progressif ;

Instabilité du pouls ;

on peut, à peu près à coup sûr, affirmer le diagnostic de *méningite tuberculeuse*. Nous insistons sur ce fait

que ce symptôme a toute sa valeur diagnostique s'il se maintient plusieurs jours. Nous verrons, en effet, dans la suite de ce chapitre, qu'on peut parfois l'observer, ou du moins la somnolence par accès léger, dans d'autres affections des nourrissons.

Ceci dit, quand le syndrome sera réalisé depuis plusieurs jours, il sera parfaitement superflu d'attendre, pour fixer son diagnostic, que les grands phénomènes moteurs se produisent. La maladie poursuivra sa marche et la mort fera son œuvre, sans qu'aucune paralysie ou convulsion vienne ajouter son appoint au tableau clinique.

Il n'est pas besoin, d'ailleurs, d'autres phénomènes. Ce syndrome se suffit à lui-même et quand il est complet, ce qui est le plus souvent observé, quand, d'autre part, il n'est pas noyé au milieu d'autres symptômes, il est *pathognomonique*.

Il n'est pas à notre connaissance qu'une autre entité morbide présente une telle symptomatologie.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si, souvent le syndrome somnolent existe à l'état pur, souvent aussi, il est en partie caché ou relégué au second plan par des symptômes qui s'imposent davantage à l'attention. Parmi eux, ceux contre lesquels il faut surtout se mettre en garde par un examen attentif, sont les troubles gastro-intestinaux.

Nous avons dit, en effet, à la fin de notre chapitre

clinique, que la méningite tuberculeuse du nourrisson se présente fréquemment avec un cortège d'accidents digestifs. C'est donc là un écueil des plus sérieux contre lequel il faut se prémunir.

Les troubles digestifs du nourrisson sont, en effet, des plus fréquents et, d'autre part, les gastro-entérites peuvent présenter des troubles méningés qui ont été depuis longtemps décrits.

Nous avons donc à traiter dans cette partie du diagnostic plusieurs points.

A). — Dégager la méningite tuberculeuse à forme gastro-intestinale, des infections digestives du nourrisson, qui la font souvent méconnaître et sous l'étiquette desquelles elle est trop souvent cataloguée.

B). — Différencier les formes méningées des gastro-entérites du nourrisson, de la méningite tuberculeuse à forme digestive.

A). — Nous aborderons de suite l'étude du diagnostic à la période d'état, réservant pour la partie traitant de la ponction lombaire, le diagnostic à la période prodromique. C'est, qu'en effet, à cette période le diagnostic est absolument impossible par la clinique. Le début des gastro-entérites aiguës et de la méningite tuberculeuse à forme digestive, présentant la même symptomatologie pendant quelques jours.

A la période d'état si le diagnostic entre la méningite tuberculeuse à forme digestive et les gastro-entérites présente quelques difficultés il n'est pourtant pas impossible.

Nous prendrons ici les gastro-entérites en bloc, ayant

surtout en vue les formes graves (*gastro-entérite aiguë, typhoïde et choléra infantile*).

Trois faits principaux vont nous guider pour faire le diagnostic :

1° Les commémoratifs ;

2° Le tableau clinique ;

3° Le traitement.

I. — **Les commémoratifs.** — Bien qu'on ne doive pas y attacher une importance extrême, ils ont pourtant une certaine valeur :

Lorsqu'en été, en pleine épidémie de gastro-entérite, on a à examiner un enfant atteint de troubles gastro-intestinaux, quand, d'autre part, cet enfant n'a dans ses antécédents aucun fait de tuberculose avérée, si enfin par un questionnaire détaillé on apprend qu'il est élevé au biberon, mal réglé dans son alimentation, que son lait est plus ou moins bien stérilisé, on a quelques bonnes raisons de penser à une infection gastro-intestinale.

Si, au contraire, on voit en hiver un enfant atteint de troubles digestifs, s'il se présente comme cas isolé, si, d'autre part il est bien réglé dans son alimentation, s'il est élevé au sein, si enfin dans les antécédents héréditaires ou collatéraux on note de la tuberculose manifeste, l'idée de méningite tuberculeuse se présente naturellement et raisonnablement à l'esprit.

Mais pourtant, si ces deux hypothèses sont légitimes et vraies la plupart du temps, elles peuvent cependant se trouver en défaut. On a, en effet, signalé des épidémies de gastro-entérites en hiver.

D'autre part, *et c'est là surtout qu'on aura de grandes difficultés à vaincre*, on peut en pleine épidémie de choléra infantile avoir affaire à une méningite à forme digestive. Comment ferons-nous le diagnostic ? C'est là qu'intervient le tableau clinique.

II. — **Le tableau clinique.** — Il est au fond très différent dans les deux maladies. Nous ne rappellerons que brièvement les symptômes du petit méningitique afin de montrer la différence avec le petit cholérique.

L'habitus d'abord diffère profondément. Le facies du petit méningitique est calme, tranquille, souvent extatique.

Au contraire, celui du petit malade atteint de gastro-entérite exprime l'angoisse et l'agitation. C'est le tableau du facies péritonéal. Les yeux sont profondément enfoncés dans l'orbite et cerclés d'une auréole livide. Le nez est pincé, les téguments sont d'une pâleur toute spéciale un peu bleutée ; les oreilles et les lèvres sont cyanosées.

La température présente également de notables différences dans les deux maladies. Alors que dans la méningite tuberculeuse elle est irrégulière mais en général subfébrile dans les gastro-entérites graves, elle débute très haut, 40°-41°, pour aboutir au *collapsus algide* avec hypothermie.

Le cœur est rapide dans les deux maladies mais dans la gastro-entérite il est régulier, petit, misérable, parallèle à la température. Dans la méningite tuberculeuse il est vibrant, instable, irrégulier, dissocié.

L'amaigrissement ne suit pas du tout la même mar-

che dans les deux affections. Alors que dans la méningite tuberculeuse il progresse régulièrement, dans la gastro-entérite il procède par chutes énormes avec des rémissions.

L'abdomen, dans la méningite tuberculeuse, est à peine ballonné, souvent normal et peu douloureux. Dans la gastro-entérite il est très distendu, tympanisé, très douloureux.

Enfin si les enfants sont tout petits, *les fontanelles* donnent quelques renseignements ; alors que dans la méningite tuberculeuse elles sont normales et distendues, dans la gastro-entérite à marche régulière *sans phénomènes méningés* elles sont très nettement déprimées.

On note donc ainsi des différences cliniques notables entre ces deux états morbides.

III. — **Thérapeutique.** — Enfin la thérapeutique elle-même devient en l'occurrence un précieux adjuvant au diagnostic. Nous avons dit que les troubles digestifs de la méningite tuberculeuse étaient absolument rebelles à toute thérapeutique. C'est là une différence capitale avec les troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse qui, eux, contrairement aux premiers, cèdent rapidement ou s'améliorent considérablement sous l'influence d'une médication appropriée.

B). — Ce que nous venons de décrire se rapporte aux gastro-entérites évoluant sans complications méningées. Mais au cours de leur évolution ces affections peuvent présenter des symptômes cérébraux et dès lors le diagnostic devient plus délicat. *Nous disons peuvent*

présenter ; c'est qu'en effet dans la littérature médicale on note souvent des phénomènes cérébraux dans les gastro-entérites. Pour notre part, nous sommes persuadés qu'il s'agit la plupart du temps, non de complications méningées dans une infection digestive, mais, au contraire, de *méningite tuberculeuse* avec phénomènes gastro-intestinaux.

Au reste, nous allons développer dans la suite les idées que nous avons reçues de notre maître Lesage à cet égard.

Rilliet et Barthès (1) décrivent, sous le nom de forme *méningitique de la diarrhée*, deux sortes d'accidents cérébraux.

L'enfant est *somnolent* ou *excité*.

Lesage (2) décrit ainsi ces deux formes d'accidents cérébraux :

1° Somnolent. — « L'enfant souffre en général depuis quelques jours de la maladie intestinale, quand peu à peu il devient somnolent, les membres en résolution, mous et sans résistance. Les paupières soulevées, on note que les pupilles sont dilatées, souvent inégales avec un léger strabisme. La fontanelle est distendue, légèrement bombée ; la face est le siège de réactions congestives rapides ; la raie méningitique est fréquente. La respiration est lente avec quelques pauses d'arrêt. L'enfant paraît endormi, cependant si on l'excite il se plaint et n'aime pas la lumière. »

1. RILLIET ET BARTHÈS, *loco citato*.

2. LESAGE. *In Grancher et Comby*, 2^e édition.

2° **Excité.** — « Dans un certain nombre de cas l'enfant au lieu d'être en résolution musculaire, est en défense, les muscles sont un peu raides à la flexion des membres. On peut même voir de la raideur spontanée, de la contracture localisée (torticolis) ou généralisée. »

Hutinel (1) a étudié ces complications de Rilliet et Barthès et a pratiqué la ponction lombaire dans un certain nombre de cas. Il a trouvé le liquide céphalo-rachidien fréquemment modifié, et pense que les méninges sont infectées secondairement.

De ces deux formes décrites sous le nom d'accidents méningés de la gastro-entérite, la première nous intéresse plus particulièrement.

Première forme. — Notre maître Lesage, avant d'avoir isolé cliniquement la *méningite tuberculeuse à forme somnolente*, avait remarqué comme un fait curieux que les nourrissons atteints de gastro-entérite et qui sommeillaient continuellement pendant toute la durée de la maladie, mouraient toujours. Nous voyons aujourd'hui qu'en réalité *cette somnolence* n'est pas due à une gastro-entérite compliquée d'accidents méningés, mais à de la *méningite tuberculeuse* accompagnée de troubles digestifs.

Si, en effet, on recherche le syndrome derrière ces accidents gastro-intestinaux, on le retrouve au complet avec ses quatre termes. Si on pratique la ponction lombaire, on trouve un liquide céphalo-rachidien anormal présentant une mononucléose pure ou prédominante et parfois quelques bacilles.

1. HUTINEL. *Loc. cit.*

Si on fait l'inoculation du cobaye on a de la tuberculose expérimentale très nette dans un délai de deux à quatre semaines.

Ainsi quand chez un nourrisson présentant des phénomènes gastro-intestinaux on note la *somnolence prolongée*, cherchons les autres signes de méningite tuberculeuse on les trouvera presque toujours. Ce n'est pas là de l'infection gastro-intestinale.

Est-ce à dire par là, que le symptôme *somnolence* ne peut exister à titre de complication méningée au cours d'une gastro-entérite.

Certainement si, il existe. Mais alors ce n'est plus une *somnolence* continue. On note de temps à autre, pendant quelques heures, pendant un jour ou deux même, *jamais plus*, une *somnolence* légère mais non progressive. Le petit malade a quelques accès de sommeil, mais il n'en impose pas pour de la méningite tuberculeuse quand on a un peu l'habitude de ces deux affections. D'ailleurs le laboratoire vient confirmer la clinique

La ponction lombaire pratiquée donne généralement une forte pression de liquide contenant la plupart du temps une polynucléose pure ou prédominante dans les gastro-entérites. D'autre part, on ne trouve jamais de bacilles de Koch et l'inoculation au cobaye est négative au point de vue tuberculose. Enfin assez souvent l'enfant guérit.

C'est ainsi qu'on voit se différencier nettement ces deux états morbides qui échappaient forcément à Rilliet et Barthès, lesquels n'avaient à leur disposition ni

la ponction lombaire ni l'inoculation au cobaye. Nous verrons, d'autre part, au chapitre d'anatomie pathologique qu'ils ne pouvaient pas compter sur l'autopsie pour leur révéler les lésions produites, attendu quelles sont généralement d'une extrême discrétion.

Deuxième forme. — La forme à excitation et raideurs, nous arrêtera beaucoup moins longtemps puisqu'en somme elle n'entre pas en ligne de compte dans le diagnostic *avec la méningite tuberculeuse à forme somnolente*. Nous n'en dirons qu'un mot parce qu'il a trait aux convictions intimes de notre maître à cet égard (1).

Il croit en effet qu'il y a comme dans la première forme les mêmes analogies entre la méningite cérébro-spinale et les formes méningées à excitation des gastro-entérites. Pour lui on a bien souvent catalogué sous le nom de complications méningées des gastro-entérites, de véritables méningites cérébro-spinales accompagnées de troubles digestifs. Car contrairement à l'opinion généralement admise par les auteurs et autrefois par lui-même, notre maître Lesage a pu constater des cas de méningites cérébro-spinales avec troubles gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée).

Mais ce sujet n'est pas encore au point, et le court aperçu que nous en donnons ne peut en aucune manière constituer une affirmation. De nouvelles recherches sont encore indispensables, sur un plus grand nombre de cas, pour bien séparer la méningite cérébro-

1. LESAGE, *œuvre médico-chirurgicale*, 1906.

spinale avec diarrhée, des gastro-entérites avec excitation cérébrale.

Telles sont certainement, de toutes les maladies du nourrisson, celles qui se rencontrent le plus souvent pour faire hésiter le diagnostic *avec la méningite tuberculeuse somnolente*.

Nous ne referons pas ici, un chapitre de diagnostic différentiel à propos des deux formes de méningite classique : *l'éclamptique* et *l'hémiplégique*.

Tous les traités classiques ont fait ce chapitre beaucoup mieux que nous pourrions le faire, et, d'autre part, nous trouvons parfaitement inutile de recopier des articles connus de tout le monde médical.

Cependant nous avons eu la bonne fortune de recueillir quelques observations inédites de maladies autres que la méningite tuberculeuse où le diagnostic fut particulièrement difficile par la clinique mais toujours corroboré par la ponction lombaire.

Nous rapportons à ce chapitre ces observations en les commentant.

Nous rapportons d'abord deux observations d'intoxication stercorale avec rejet de scybales à odeur infecte et qui toutes deux survenant chez des enfants de 5 ans ont simulé la méningite tuberculeuse.

Observation A

Recueillie en ville, et due à l'obligeance de notre maître le Dr Lesage. Intoxication stercorale avec scybales infectes, simulant une méningite.

Enfant de 4 ans 1/2, gros, fort, superbe, gros mangeur, n'a eu que la rougeole il y a deux ans. Un frère mort à 3 ans de méningite tuberculeuse.

Maladie actuelle. — Depuis quelques mois cet enfant à des crises nerveuses fréquentes, colère, cris, agacement facile.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

24 mai 1906. — Est pris brusquement vers 6 heures du soir d'une grande crise de convulsions avec vomissements. Comme précédemment l'enfant était mal en train depuis deux ou trois jours et n'avait plus d'appétit on donne un grand lavage d'intestin à l'eau bouillie simple. Aucun résultat.

Dans la nuit du 24 au 25. — Six accès de convulsions entrecoupés de coma et de vomissements.

25 mai, au matin. — Crises de convulsions intenses ; on donne un lavage purgatif au miel de mercuriale et séné. On a trois selles avec scybales très dures d'une odeur épouvantable.

25 mai, midi. — Température 39°, rien aux yeux, ventre un peu rétracté mais pas en bateau, respiration suspirieuse, continuation des vomissements. *Somnolence légère* qu'on dissipe facilement en excitant la peau. Rien ailleurs, pas de raideur, langue normale, aucun signe de gastro-entérite. Pouls: 145 irrégulier, inégal.

25 mai, au soir. — La somnolence persiste entrecoupée d'agitation, pouls à 140, pas de convulsions depuis le matin.

26 au matin. — Les convulsions n'ont pas reparu. La somnolence toujours légère ne s'accroît pas, le pouls est faible, moins irrégulier que la veille, 120, température : 38°8.

26 au soir. — Somnolence moins marquée, l'enfant se réveille fréquemment et s'intéresse à ce qu'on lui dit. Pouls faible régulier à 120, température : 37°5. Un nouvel examen détaillé permet de sentir le foie débordant les fausses côtes, et douloureux. On donne un lavage intestinal qui amène une véritable débâcle à odeur repoussante.

27 au matin. — L'enfant est complètement réveillé. Pouls régulier : 100, température : 37°5, trois selles. Dans la journée très forte éruption d'urticaire concordant avec les symptômes donnés la veille par le foie.

27 au soir. — Tout est rentré dans l'ordre, l'enfant entre en convalescence. Examiné depuis, il a toujours montré une santé parfaite.

Dans cette observation on note des convulsions très violentes et de la somnolence. Mais cette dernière ne dura que deux jours, et le fait de la voir s'atténuer, le troisième a suffi pour rendre hésitant le diagnostic de méningite tuberculeuse primitivement posé. Il fut d'ailleurs tout à fait écarté à l'apparition de l'éruption d'urticaire.

On pourra nous objecter que c'est peut-être là, une de ces formes de rémission prolongée, décrite dernièrement par Méry (1). Mais nous voyons qu'il y a eu là

1. MÉRY. *Rev génér. de clin. et de thérapeut.*, Paris 1906.

quelque chose de manifestement infectieux, puisque le foie fut augmenté de volume, douloureux, et qu'on nota une éruption d'urticaire. Il n'est pas à notre connaissance que la méningite ait jamais revêtu pareille symptomatologie.

Observation B.

Intoxication stercorale avec dissociation du pouls et de la température et trépied méningitique.

D... Paul, 5 ans. Mussy, n° 8.

Né à terme, élevé au biberon, père mort de la poitrine, une sœur toujours souffrante.

Maladies antérieures : Rougeole et coqueluche.

Maladie actuelle : Depuis deux jours toussé, vomit et se plaint de la tête.

Entrée le 12 mai 1906. — Trépied méningitique, amaigrissement depuis huit jours, pas de Kernig, mais exagération des réflexes, abdomen normal, pupilles normales, respiration soufflante, râlés sibilants au sommet gauche. Pouls : 132 régulier. Pas de somnolence. Température : 38°2, 37°8.

Jusqu'au 14 mai même état.

14 mai. — Lavement purgatif donnant six selles. A partir de cette débâcle, l'enfant va de mieux en mieux, les réflexes redeviennent normaux, les vomissements se calment, l'amaigrissement cesse, le pouls redescend progressivement à 128, 124, 104, 100, 86 ; la température est toujours restée cantonnée entre 37°2 et 37°6. L'enfant sort guéri le 27 mai 1906.

Dans cette observation, on note le trépied méningi-

tique complet, mais le pouls est resté régulier; la somnolence n'est pas apparue. Le diagnostic de méningite tuberculeuse n'a pas été maintenu.

De ces deux observations il découle encore cette conclusion que nous avons déjà énoncée précédemment, c'est que sous l'influence d'une *thérapeutique appropriée*, tous les signes dus à une intoxication gastro-intestinale, disparaissent, qu'ils soient méningés ou non. Ici, sous l'influence des lavements purgatifs et du calomel, tout rentre dans l'ordre. Dans la méningite tuberculeuse vraie, la thérapeutique ne nous a jamais donné le moindre résultat.

Coqueluche. — Nous eûmes l'occasion d'observer au début de cette année un enfant atteint de coqueluche, qui pendant deux jours entiers réalisa le *syndrome somnolent*. Pendant ces deux jours, il était cliniquement impossible de faire le diagnostic, mais dans la suite il sortit de sa torpeur et nous eûmes alors la conviction que ce n'était pas de la méningite tuberculeuse. En effet, la ponction lombaire, l'inoculation au cobaye et la nécropsie montrèrent plus tard que ce n'en était pas.

Observation C.

Accès de somnolence de deux jours avec dissociation du pouls et de la température et chute de poids énorme simulant une méningite tuberculeuse, au cours d'une coqueluche. Mort par broncho-pneumonie.

S... Yvonne, 2 ans 1/2. Mussy, n° 10. Pas de renseignements à l'entrée.

Entrée le 27 février 1906. — Avec le diagnostic de coqueluche. La maladie évolue normalement jusqu'au 5 mars. L'enfant pesée le 1^{er} mars et le 4 accuse 8 k. 220 et 8 k. 200.

Le 5 mars. — L'enfant est prise brusquement d'un accès de somnolence avec les yeux mi clos. Interrogée elle ne répond pas mais ouvre les yeux tout grands. La respiration est rapide, suspirieuse par moments, le regard est fixe par instants, mais sans amblyopie ni mydriase. Le pouls est petit, irrégulier, incomptable. Température : 37°8, sept quintes de coqueluche.

6 mars. — État général presque stationnaire. L'enfant pousse des plaintes continuelles. Toux de coqueluche avec crachats purulents, râles sibilants et sous-crépitants disséminés. Vomissements fréquents avec diarrhée ; pouls à 160, embryocardie. Température : 38°3, dix quintes.

7 mars. — Tous les signes méningés précédents ont disparu. Pouls à 120, régulier, température : 37°8, six quintes.

8 mars. — Enfant très éveillée, un peu d'abattement, pouls incomptable. Température : 38°, sept quintes. Poids : 7 k. 630. Donc chute énorme de poids.

9 mars. — Enfant très éveillée, parlant bien. Vomit le lait. Pouls faible et rapide mais égal, température : 38°6 à 39, sept quintes.

10-11-12 mars. — Même symptômes. L'enfant est toujours très éveillée et se plaint souvent. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, abdomen normal, rien aux yeux, diarrhée et vomissements persistants. Pouls faible, incomptable, régulier quatre quintes, poids : 7 k. 450.

Le maladie se prolonge jusqu'au 27 mars sans aucun autre symptôme et la mort arrive le même jour.

Deux ponctions lombaires furent pratiquées au cours de cette maladie.

Première ponction lombaire le 5 mars. — Liquide céphalo-rachidien normal en quantité et en couleur. A l'examen microscopique, absolument rien de pathologique.

Deuxième ponction lombaire le 12 mars 1906. — Liquide clair en hypertension, gouttes rapides, absolument normal à l'examen microscopique.

Nécropsie le 29 mai. — Absolument rien du côté des méninges. Au poumon gauche foyer de broncho-pneumonie siégeant à la base. Adénopathie trachéo-bronchique, quelques ganglions caséeux au hile du poumon.

La conclusion de cette observation est que le *syndrome somnolent* ne prend toute sa valeur diagnostique au point de vue méningite tuberculeux que s'il se maintient plusieurs jours et s'il progresse avec l'affection.

Urémie nerveuse. — Voici l'observation d'un enfant qui souffrant de bronchite, fut soigné dans sa famille. On lui appliqua sur le thorax un énorme vésicatoire qui occasionna une néphrite aiguë cautharidienne très violente. Le diagnostic n'était pas douteux. Cet enfant présenta pendant vingt-quatre heures le syndrome méningitique *somnolent* qui disparut au bout de ce temps et ne fut plus réalisé jusqu'à la mort. On eut le contrôle de la ponction lombaire.

Observation D

Urémie nerveuse d'origine cantharidienne, avec accès de somnolence d'un jour simulant la méningite tuberculeuse.

P..., Berthe, 4 ans, Mussy n° 1.

Née à terme, élevée au sein. Parents bien portants, deux frères bien portants. Maladie antérieure : bronchite.

Entrée le 15 février 1906: — Porte sur le thorax la trace d'un énorme vésicatoire récent destiné à la guérir d'une bronchite. Légère raideur des membres supérieurs, pas de kernig, constipation mais pas de vomissements. Toux fréquente, râles sous-crépitanants abondants, surtout à la base gauche ; langue rouge avec nombreuses exulcérations blanchâtres, pas de somnolence, rien aux yeux, abdomen normal. Température : 39° 8. Pouls : 150, régulier.

Jusqu'au 20 même tableau clinique.

1° 20 février. — Amaigrissement marqué, Kernig très net, mydriase, irritabilité extrême, par moments, somnolence légère facile à dissiper. Toux sèche, râles sous-crépitanants prédominants aux deux bases. Pouls très rapide, incomptable. Température : 38° 8.

21 février. — Enfant beaucoup plus calme, complètement éveillée, la somnolence a totalement disparu. Kernig persistant, yeux normaux, toux sèche, saccadée, persistante, lèvres et dents fuligineuses, ulcérations polycycliques sur la langue. Pouls à 150, régulier, un peu inégal. Température : 37° 6.

22, 23, 24 février. — L'enfant est très éveillée, calme, normale. Apparition d'une énorme quantité d'albumine dans les urines.

Mais la température monte jusqu'à 39° 8 ; dès lors elle ne redescend plus au-dessous de 40° et l'enfant *meurt le 27* avec 40° 4 de température.

Deux ponctions lombaires sont pratiquées au cours de cette maladie.

Première ponction lombaire le 20 février 1906. — Liquide clair, en gouttes très lentes contenant quelques mononucléaires pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 10 mars, ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Deuxième ponction lombaire le 25 février 1906. — Identique à la première. *

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié également le 10 mars. Aucune lésion tuberculeuse.

Pas de nécropsie, opposition.

Sclérème. — Nous rapportons une observation intéressante d'un cas de sclérème, diagnostiqué d'abord choléra infantile, puis méningite tuberculeuse à forme éclamptique et enfin sclérème. A l'autopsie on découvrit une hémorragie siégeant à la périphérie de la moelle, du bulbe à la queue de cheval.

Observation E

Sclérème simulant une méningite à forme éclamptique.

L... Jean 7 mois 1/2, Mussy, n° 20.

Pas de renseignements antécédents.

Entrée le 3 mai 1906 avec le diagnostic de choléra infantile.

Pousse continuellement des petits cris, les quatre membres sont raides, la peau est adhérente comme si on avait coulé du suif dans le tissu sous-cutané, diagnostic sclérème. Fontanelle déprimée, pas de strabisme, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig; yeux normaux, abdomen un peu ballonné; l'intestin se dessine sous la paroi, foie et rate normaux; l'estomac n'est pas distendu, les selles sont normales; pas de vomissements, pas de somnolence. Pouls petit, régulier, température 37°2, poids : 3 k. 160.

5 mai. — Mêmes symptômes, poids : 3 k. 080.

Décès le 6 mai.

Nécropsie le mai. — Rien au cerveau, mais hémorragie extra et intra-dure-mérienne depuis le bulbe jusqu'à la queue de cheval.

Tétanie. — Enfin nous rapportons un cas d'accès de tétanie qui a pu en imposer pendant quelque temps pour une méningite. La ponction lombaire, l'inoculation au cobaye et la nécropsie furent négatives.

Observation F.

Accès de tétanie simulant une méningite à forme éclamptique.

Sa... Raymond, 5 mois, Mussy, 19.

Aucun antécédent antérieur.

Entrée le 2 janvier 1906. — Accès de raideur généralisée contracture du facial droit; mystagmus, léger strabisme interne droit; pupilles normales. L'enfant est agité et pousse des cris. Ni diarrhée ni vomissements; fontanelle normale. Dans la jour-

née crise de convulsions de deux heures. Pas de somnolence ; pouls égal et régulier à 90. Température : 36°8, poids : 3 k. 460.

Traitement. — Lait, six bains chauds dans les vingt-quatre heures.

4 janvier. — Enfant calme, bien éveillé, mais toujours comme tétanisé. Pouls normal régulier, température : 37.

Décès dans la nuit.

Ponction lombaire le 3 janvier 1906. — Liquide clair sous pression normale, gouttes très lentes. Lymphocytose discrète, pas de bacilles de Koch sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour avec le culot de centrifugation, sacrifié le 23 janvier ne présente aucune lésion de tuberculose.

Nécropsie du 7 janvier. — N'a rien révélé à l'examen du cerveau, pas la moindre trace de méningite, pas de gommes cérébrales, pas de tubercules cérébraux.

Sarcome. — Enfin, Lereboullet (1) cite une très belle observation de sarcome généralisé de la pie-mère bulbo-protubérantielle qui a présenté tous les symptômes de méningite avec le *syndrome somnolent*. Le diagnostic était absolument impossible par la clinique, d'autant plus que deux frères étaient morts précédemment de méningite tuberculeuse. Le seul fait qui facilita le diagnostic fut la coexistence d'un sarcome de l'oreille.

Citons encore Marhsaal Haal (2) qui a décrit une maladie du nourrisson, *la maladie hydro-céphaloïde*. Cette affection présente quelques rapports symptomatiques avec la méningite tuberculeuse à forme somno-

1. LEREBoullet, Soc. de Pédiatrie, 20 décembre 1901.

2. MARHSAAL HAAL. Maladie hydro-céphaloïde.

lente. Mais elle se présente chez des enfants mal réglés et mal soignés et disparaît avec un régime approprié.

Nous en avons terminé avec le diagnostic différentiel ; nous allons examiner maintenant la troisième partie de ce chapitre traitant de la ponction lombaire.

III. — PONCTION LOMBAIRE

Notre chapitre de diagnostic serait incomplet si nous ne faisons mention de la ponction lombaire que nous avons systématiquement pratiquée dans tous les cas de nourrissons présentant des symptômes cérébraux.

Nous exposerons donc successivement :

- 1° La technique que nous avons employée ;
- 2° Les résultats obtenus ;
- 3° La valeur de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic ou de contrôle.

I. — **Technique.** — Contrairement à la technique généralement employée chez l'adulte et qui consiste à faire la ponction lombaire à quinze millimètres environ de la ligne médiane, nous avons toujours ponctionné en plein sur cette ligne même. Cette manière d'opérer est extrêmement facile chez le nourrisson. Nous avons toujours choisi comme lieu d'élection l'espace qui sépare la troisième et la quatrième vertèbre lombaire et nous avons opéré avec les soins d'antisepsie les plus minutieux.

Chaque fois nous avons recueilli un minimum de dix centimètres cubes de liquide.

Dans chaque cas nous avons noté :

1° *L'aspect du liquide* en mentionnant s'il était clair ou louche, incolore ou teinté.

2° *Sa tension*, en se basant sur la rapidité avec laquelle se produisait l'écoulement. Rapidité traduite par les expressions : écoulement en gouttes très lentes, lentes, rapides, en jet.

3° *Nous avons recherché*, sinon dans tous les cas, du moins dans un certain nombre, la quantité d'*albumine*, appréciée par la chaleur, après addition de chlorure de sodium et d'acide acétique.

4° *La fibrine* a été appréciée par l'existence et l'abondance du réticulum fibrineux spontané obtenu en laissant le produit de la ponction lombaire abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.

5° *Le cyto-diagnostic* a toujours été fait avec le culot de centrifugation. Culot obtenu après une centrifugation minima de quinze à vingt minutes. Après fixation et coloration nous avons généralement cherché :

A). — L'abondance de la leucocytose ;

B). — L'équilibre leucocytaire.

A). — *Abondance de la leucocytose.*— Nous l'avons appréciée de la manière suivante. Pour chaque ponction lombaire trois lames ont été faites de façon identique et après fixation et coloration, ont été examinées avec l'objectif à immersion au 1.15 et l'oculaire n° 6 de Stiassnie.

Dans chaque préparation nous avons compté le nombre d'éléments qui se trouvaient dans dix champs successifs, cela nous donnait un total de trente champs par ponction lombaire pour établir notre moyenne.

B).— *Equilibre leucocytaire*.— Par la même méthode nous avons apprécié les différents éléments, *lymphocytes*, *mononucléaires* et *polynucléaires*, qui se trouvaient dans chaque champ. Nous avons totalisé les résultats de chaque catégorie, et nous avons ainsi établi une moyenne que nous avons rapportée à cent.

6° *Bactérioscopie*. — Nous avons toujours recherché si dans le culot de centrifugation nous pouvions apercevoir quelques bacilles de Koch sur les lames.

7° *Toxicité du liquide céphalo-rachidien*. — Nous avons toujours recherché sa virulence. Pour cet examen nous avons pris comme animal d'expérience le *cobaye*. Chaque fois nous avons inoculé au moins deux cobayes *neufs* et nous les avons toujours *sacrifiés* pour constater les lésions obtenues.

L'injection de liquide céphalo-rachidien a toujours été sous-cutanée et pratiquée à la face interne de la cuisse avec toutes les précautions nécessaires. Ces cobayes ont été sacrifiés dans un délai variant de deux à quatre semaines. Quant à la quantité de liquide céphalo-rachidien injecté, elle a varié de $\frac{1}{4}$ de centimètre cube au minimum à 2 centimètres cubes au maximum.

II. — Résultats.

1° *Aspect du liquide*. — Le plus généralement le liquide s'est montré clair et incolore. Quelquefois (2) il s'est montré teinté d'un peu de jaune.

2° *Tension*. — Exprimée comme nous l'avons mentionné précédemment, elle s'est montrée des plus variables et presque toujours augmentée. Cependant nous avons pu constater qu'avec un cerveau normal à l'autopsie, on avait eu pendant la vie une hypertension très forte. D'autre part nous avons constaté souvent *post-mortem* une hydrocéphalie totale, sans que la ponction lombaire pratiquée pendant la maladie ait révélé une hypertension notable.

3° *Albumine*. — Elle a toujours été trouvée augmentée, souvent beaucoup, parfois peu. Mais, fait important à retenir, nous n'avons trouvé aucun rapport entre l'abondance de l'albumine et celle de la leucocytose ; ce qui prouve une fois de plus la réalité de la dissociation des symptômes pathologiques du liquide céphalo-rachidien sur laquelle ont insisté Vidal et Sicard (1).

4° *La fibrine*. — S'est montrée également très variable en quantité dans le liquide céphalo-rachidien des différentes ponctions que nous avons pratiquées. Le réticulum fibrineux spontané fut tantôt abondant, tantôt très ténu, parfois nul ou tout au moins impossible à déceler.

5° *Cyto-diagnostic*. — Trois points principaux sont à retenir de l'ensemble des résultats que nous avons obtenus.

A). — Nous n'avons jamais observé de méningite tuberculeuse sans leucocytose, contrairement au cas

1. VIDAL ET SICARD. Soc. de Biologie, novembre 1900.

rapporté dernièrement par Louis Renon et Tixier (1).

B). — Cette leucocytose est le plus souvent intense. On trouve en effet une moyenne de quinze à vingt éléments par champ, mais d'une manière très peu constante. La quantité d'éléments leucocytaires varie d'un jour à l'autre sans que nous puissions donner d'explication à ce sujet. Ce qu'il y a de certain, c'est que des ponctions pratiquées en série, nous ont montré qu'il n'y avait aucune concordance entre l'abondance des éléments dans le liquide céphalo-rachidien d'une part, et l'intensité des symptômes ou l'évolution de la maladie, d'autre part.

C). — Nous avons trouvé que dans 98 0/0 des cas observés, la formule leucocytaire était nettement mononucléaire. Nous avons à ce sujet trouvé trois formules différentes.

a). — Nous n'avons trouvé qu'un cas à polynucléose franchement prédominante;

b). — Dans certains cas nous avons trouvé une formule mixte avec nombreux polynucléaires et à mononucléose légèrement prédominante. A ce propos nous croyons intéressant de signaler que généralement lorsque nous avons trouvé cette formule, nous avons également noté des bacilles de Koch sur les lames.

c). — Nous avons, plus rarement que cela ne se rencontre chez l'adulte, noté une lymphocytose pure ou prédominante.

1. LOUIS RENON ET TIXIER. Soc. méd. des Hôpitaux, 14 février 1906.

α). — Tantôt nous avons noté une quantité à peu près égale de lymphocytes et de grands mononucléaires.

β). — Tantôt la formule fut nettement mononucléaire mais avec une variabilité d'un jour à l'autre dans l'équilibre leucocytaire.

6° *Bactérioscopie*. — Très souvent les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de découvrir le bacille de Koch sur les lames, cependant nous l'avons trouvé un certain nombre de fois. Sur trente-sept observations l'examen du liquide céphalo-rachidien fut à cet égard dix fois positif soit dans 27 0 0 des cas observés.

7° *Virulence*. — Dans tous les cas nous avons injecté au cobaye soit du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction pendant la vie et centrifugé, soit du liquide recueilli pendant la nécropsie. Enfin nous avons inclus sous la peau des parcelles de plaques méningitiques. Chaque fois nous avons sacrifié de deux à cinq et six cobayes. Toujours les résultats ont été positifs, et dans un délai de deux à quatre semaines, nous avons relevé des lésions très nettes de tuberculose expérimentale depuis le chancre au point d'inoculation jusqu'aux ganglions caséeux et aux tubercules de la rate et du foie. Nous avons toujours retrouvé dans ces lésions des bacilles inoculables en série. Nous insistons sur ce fait, que nous avons toujours utilisé des cobayes neufs et que chaque animal a été sacrifié.

Nous n'avons pas recherché le point cryoscopique des différents liquides que nous avons recueillis. C'est là une méthode délicate, et qui, par suite, trop souvent mal maniée donne des résultats erronés. Nous ne la connaissons pas suffisamment pour l'utiliser.

De même, nous avons négligé l'épreuve de la perméabilité méningée par l'iodure de potassium. Nous avons essayé plusieurs fois de faire cette épreuve. Mais, alors que nous avions déjà un diagnostic ferme de méningite tuberculeuse par la clinique et la ponction lombaire, cette méthode fut absolument infidèle. Nous avons constaté une perméabilité complète, tantôt une imperméabilité absolue. Dès lors nous n'avons pas cru devoir nous attacher à cette méthode et nous l'avons délaissée.

III. — Valeur de la ponction lombaire.

Après avoir exposé la technique que nous avons employée, et les résultats que nous avons obtenus, il nous reste à dire quelle valeur nous lui accordons.

Nous avons pu nous convaincre, que dans ces dernières années, par suite de son extension considérable, cette méthode a donné lieu à de nombreuses discussions.

L'examen du liquide céphalo-rachidien peut-il, oui ou non, permettre d'affirmer le *diagnostic de méningite tuberculeuse*.

Un point où tous les auteurs sont d'accord, c'est que la méningite tuberculeuse n'existe pas sans modification du liquide céphalo-rachidien. Mais il n'est pas pos-

sible de renverser cette dernière proposition et dès lors les avis diffèrent.

C'est ainsi que toutes les affections aiguës qui donnent des symptômes méningés influencent plus ou moins le liquide céphalo-rachidien

Méry et Babonneix (1) ont noté une lymphocytose très nette, dans un cas de fièvre typhoïde confirmée, avec symptômes cérébraux.

En dehors de cela, les auteurs sont en outre loin de s'entendre pour dire quelle est la formule leucocytaire qui convient le plus généralement à la méningite tuberculeuse.

Pour Volf (2), la lymphocytose est constante et nette.

Lackowickz (3) nie que la lymphocytose soit absolue dans la méningite tuberculeuse et rapporte un cas de ce genre avec polynucléose nette et liquide trouble.

Denigès et Sabrazès (4) ont noté parfois du liquide louche avec bacilles de Koch visibles.

Villaret et Tixier (5) rapportent plusieurs observations de méningite tuberculeuse indéniable où la formule cytologique fut polynucléaire.

Bernard (6) rapporte également une polynucléose prédominante dans un cas semblable.

1. MÉRY ET BABONNEIX, *Soc. de Pédiatrie*, 18 janvier 1902.

2. VOLF, *Thèse de Paris*, 1901.

3. LACKOWICKZ, *Soc. de Pédiatrie*, 18 janvier 1901.

4. DENIGÈS ET SABRAZÈS, *Rev. de médecine*, 1896.

5. VILLARET ET TIXIER, *Soc. de Biologie*, 1905. Tome II.

6. BERNARD, *Lyon médical*, 1901.

Pour nous, nous avons montré précédemment :

1^o Que la méningite tuberculeuse s'accompagnait toujours de modifications très importantes du liquide céphalo-rachidien.

2^o Que la formule, sans être absolument fixe, est surtout *mononucléaire*, et moins lymphocytaire que chez l'adulte.

3^o Enfin nous avons pu nous convaincre que dans les affections autres que la méningite tuberculeuse, mais donnant des réactions méningées, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont nulles ou infimes.

Nous en rapportons trois observations à la fin de ce chapitre de diagnostic.

Valeur de la ponction lombaire à la période prodromique, au point de vue diagnostic.

Nous trouvant dans de mauvaises conditions pour observer les malades à la période prodromique, nous avons emprunté à un travail non encore paru de notre camarade Abrami, le meilleur de ce chapitre.

Aucun signe clinique ne permet, dès la période *prodromique*, de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse chez un nourrisson. Aussi jusqu'en ces temps derniers, ce diagnostic était-il resté absolument négligé.

Actuellement, la ponction lombaire méthodiquement pratiquée et répétée en série, permet de porter un diagnostic avec une très grande probabilité dans la majorité des cas. Il n'existe pas à notre connaissance d'autres observations que celles d'Abrami, où la ponction

lombaire, ait été pratiquée à *la période prodromique de la méningite tuberculeuse*. Il en rapporte cinq cas et les résultats obtenus peuvent se diviser en deux catégories.

1° La ponction lombaire fut d'emblée positive.

2° Les premières ponctions furent négatives, les dernières seules furent positives.

Première catégorie.— Elle comprend quatre observations dont nous donnons le résumé.

Observation A.

Fr... Albert, 2 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Depuis huit jours environ, *amaigrissement progressif, perte de l'appétit, accès de cris*, température 36°8, pouls instable 90 à 130.

Ponction lombaire, liquide clair en gouttes rapides.

Albumine en excès léger.

Pas de coagulum fibrineux.

Lymphocytose pure, huit à neuf éléments par champ.

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Trois jours après, somnolence, fixité des regards, vomissements, méningite tuberculeuse confirmée.

Observation B.

La... Georgette, 16 mois.

Père tuberculeux, un frère mort à deux ans de méningite tuberculeuse.

Depuis huit jours, *perte de l'appétit, amaigrissement, insomnie et cris*, entrecoupés de *torpeur*, température 37°, pouls instable, 120-130.

Ponction lombaire. — Liquide clair en gouttes lentes.

Légèrement albumineux.

Pas de coagulum fibrineux.

Lymphocytose prédominante.

Lymphocytes. 81

Mononucléaires. 12

Polynucléaires. 7

Pas de bacilles sur les lames.

Le lendemain vomissements. Deux jours après somnolence, méningite tuberculeuse confirmée.

Observation G.

Der... Paul, 17 mois.

Nourri au sein, pas d'antécédents tuberculeux.

Depuis quelques jours refuse le sein. *Amaigrissement, un vomissement, cris et agitation* entrecoupés de *somnolence*. Température 37°2, pouls régulier moins rapide.

Ponction lombaire. — Liquide clair légèrement teinté de jaune.

Mononucléose pure.

Lymphocytes. 62

Mononucléaires. 38

Polynucléaires. 0

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Trois jours après, pouls instable, strabisme, etc... méningite tuberculeuse confirmée.

Observation D.

Convalescence de coqueluche, adénopathie brachéo-bronchique. Depuis dix jours *amaigrissement* marqué, *anorexie* complète, *modification* du caractère, pouls irrégulier très rapide.

Ponction lombaire. — Liquide clair en gouttes lentes.

Albumine en excès.

Pas de réticulum fibrineux.

Munonucléose pure.

Lymphocytes	73
Mononucléaires.	27
Polynucléaires	0

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Quelques jours après méningite tuberculeuse confirmée.

Ainsi dans cette première catégorie, le liquide céphalo-rachidien s'est montré constamment modifié dès la première ponction. Le diagnostic de méningite tuberculeuse fut posé immédiatement à l'examen du liquide et fut confirmé dans les quelques jours.

Deuxième catégorie, en opposition aux quatre cas précédents, se place l'observation suivante dans laquelle il faut procéder à trois ponctions successives avant de pouvoir poser le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Observation E

Dr..., Joseph, 22 mois.

Antécédents de tuberculose familiale.

Depuis quelque temps, l'enfant pâlit et a l'aspect languissant. *Amaigrissement, cris continuels, accès de sommeil* depuis deux jours, température 36°7, pouls irrégulier, rapide.

Première ponction lombaire. — Liquide clair en jet.

Albumine normale.

Un à trois lymphocytes par champ.

Deuxième ponction lombaire. — Absolument négative.

Troisième ponction lombaire. — Liquide clair en gouttes rapides.

Augmentation de l'albumine.

Réticulum fibrineux.

Mononucléose pure, sept à huit éléments par champ.

Lymphocytes	33
Mononucléaires	67
Polynucléaires	0

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Les jours suivants, *arythmie, catalepsie oculaire*, méningite tuberculeuse confirmée.

Dans ce cas curieux, parce qu'il a permis de saisir sur le fait les transformations initiales du liquide céphalo-rachidien, il n'y a pas eu de dissociation entre les éléments différents de ce liquide. L'apparition de l'albumine et d'un léger réticulum fibrineux, ont marché de pair avec le début de la leucocytose.

D'autre part, il n'a pas été observé le stade initial de polynucléose obtenu par Armand Delille (1) dans la

1. ARMAND DELILLE. Thèse de Paris, 1903.

méningite tuberculeuse expérimentale. Dès le début de la maladie la formule a été purement mononucléaire.

Les résultats précédents prouvent l'importance capitale qui s'attache à l'étude du liquide céphalo-rachidien dès la période prodromique de la méningite tuberculeuse. Les résultats obtenus tirent toute leur valeur, *de ce fait que la ponction lombaire reste constamment négative*, au cours des états qui simulent la méningite tuberculeuse et qui se rencontrent fréquemment chez les tuberculeux pulmonaires et dans la convalescence de certaines affections fébriles. Au point de vue spécial du diagnostic, nous tirons donc les conclusions suivantes :

Toutes les fois que chez un nourrisson on se trouve en présence de symptômes qui font redouter l'éclosion de la méningite tuberculeuse, la ponction lombaire s'impose. Elle seule, à la période prodromique, peut établir le diagnostic d'une manière certaine.

1° *Ou elle est positive*, et alors on peut affirmer la méningite tuberculeuse. Du moins, c'est là la conclusion qui se tire d'elle-même des observations précédentes, confirmées par l'inoculation au cobaye ;

2° *Elle est négative*, et alors pour écarter le diagnostic de *méningite tuberculeuse*, il faudra s'assurer que la ponction lombaire demeure négative dans les jours suivants.

Valeur de la ponction lombaire à la période d'état.

Quand la méningite tuberculeuse est à sa période d'état, la clinique suffit généralement pour établir le

diagnostic. La *ponction lombaire*, complétée par l'inoculation au cobaye se présente surtout alors comme un puissant moyen de contrôle. Cependant elle a permis parfois de devancer la clinique pour nous donner un diagnostic ferme.

C'est ainsi qu'elle a une grande valeur diagnostique dans certaines affections à symptômes méningés mais qui ne sont pas de la méningite tuberculeuse. Dans ces affections les réactions inflammatoires du liquide céphalo-rachidien furent nulles ou peu accusées.

Nous en donnons pour preuve les trois observations suivantes résumées :

Observation A.

Pr... Lucien, 2 ans.

Entre à l'hôpital le 16 mars 1906, avec le diagnostic de méningite tuberculeuse probable.

Raideur du cou en arrière, pas de Kernig, anorexie, rien aux yeux, température : 36°4, 38°8, pouls extrêmement instable. petit, filant, tantôt très lent, tantôt incomptable.

Ponction lombaire le 19 mars. — Liquide clair en gouttes très lentes, un peu albumineux et fibrineux. Aucun élément.

Deux cobayes inoculés le même jour sont sacrifiés le 30 avril sans aucune lésion tuberculeuse.

L'enfant traité par les bains chauds et le calomel, sort le 26 mars bien portant.

Observation B.

Th... Fernand, 29 mois.

Entrée le 29 décembre 1905. — Agité, légère raideur de la nuque, Kernig léger, pouls : 160, température : 37°2.

Ponction lombaire le 30 décembre. — Liquide clair en gouttes lentes. Aucun élément.

Un cobaye inoculé le même jour est sacrifié le 21 janvier sans aucune lésion tuberculeuse.

L'enfant est sorti le 4 janvier 1906 bien portant.

Observation D.

De... Charles, 3 ans 1/2.

Entrée le 18 janvier 1906. — Agitation violente, cris, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, rien aux yeux, température à grandes oscillations : 36°8, 40°2, pouls très rapide : 180, régulier.

Ponction lombaire le 20 janvier. — Liquide clair en gouttes lentes, ni albumine, ni fibrine. Aucun élément.

Cobaye inoculé le même jour, est sacrifié le 15 février sans aucune lésion tuberculeuse.

L'enfant est sorti le 23 janvier bien portant.

On voit par ces trois observations, qu'au point de vue clinique, on pouvait penser à des cas de *méningite tuberculeuse à forme éclamptique*.

La ponction lombaire, en nous montrant chaque fois,

un liquide céphalo-rachidien normal, s'est donc élevé à la hauteur d'un moyen de diagnostic puissant, confirmé d'une part par la guérison des malades et plus tardivement par les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chaque fois que cela nous a été possible, (c'est-à-dire, 22 fois sur les 37 cas que nous avons observés) nous avons pratiqué la nécropsie des petits malades, morts de méningite tuberculeuse, dans le service.

Ce qui nous a le plus frappé, c'est d'abord l'extrême ténuité des lésions généralement observées. Et cela nous confirme encore dans notre opinion que *la méningite tuberculeuse somnolente* a dû passer bien souvent inaperçue. En effet, symptomatologie fruste, lésions anatomo-pathologiques très légères, tout cela ne correspond en rien aux idées prépondérantes dans les milieux médicaux.

La plupart du temps les réactions méningées inflammatoires, l'emportent de beaucoup sur les réactions granuliques. Et c'est difficilement qu'on arrive à découvrir quelques rares granulations à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius. Très souvent même est-il absolument impossible d'en déceler.

La lésion la plus généralement observée, consiste en

une petite plaque de méningite, intéressant surtout la pie-mère, et siégeant soit au niveau du bulbe ou de la selle turcique. Cette plaque est assez irrégulière, le plus souvent petite, d'un diamètre de 1 à 2 centimètres environ. Quelquefois elle est très nettement circonscrite, d'autres fois elle émet des prolongements dans diverses directions. Elle est souvent très légère, de consistance élastique, de couleur jaunâtre ressemblant assez bien à de la pulpe de citron. Elle est toujours très adhérente à la substance nerveuse. Parfois elle est très épaisse, 5 à 6 millimètres environ.

Elle renferme le plus souvent un nombre considérable de bacilles de Koch sans granulations apparentes mais englobés dans un feutrage de leucocytes, la plupart du temps mononucléaires. Ces leucocytes, eux-mêmes, remplissent les mailles d'un réticulum fibreux.

L'hydrocéphalie totale ou ventriculaire n'a pas été observée dans tous les cas, et elle ne correspond pas aux différences de tension notée pendant la vie à l'occasion des ponctions lombaires pratiquées sur chaque malade.

La substance nerveuse ne paraissait pas la plupart du temps avoir souffert d'une manière intense des lésions notées à sa périphérie. Mais nous avons relaté un fait *important*, dans beaucoup des nécropsies que nous avons faites. Sur vingt-deux cas, nous avons en effet trouvé treize fois des tubercules inclus dans la matière cérébrale. Ils siégeaient presque exclusivement dans le cer-velet et les lobes occipitaux. Ces tubercules que nous

avons découverts en pratiquant des coupes sériees, dans les centres nerveux étaient habituellement anciens et caséux. Leur aspect nous a toujours démontré une évolution antérieure à celle de la méningite.

Or, cette évolution, que nous avons cherché à connaître, par un interrogatoire très complet des parents à ce sujet, a toujours été silencieuse et ne s'est traduite à l'extérieur par aucun signe clinique. L'importance de ce fait est considérable et permet de nouvelles hypothèses sur le point de *départ de la méningite tuberculeuse*.

Au reste, ces tubercules ont été notés par plusieurs auteurs.

Guersant (1) note la fréquence très grande des tubercules intra-cérébraux évoluant sans aucun symptôme.

Aviragnet (2) signale également l'existence fréquente de ces tubercules intra-cérébraux ayant évolué insidieusement.

Comment se fait-il qu'avec des lésions aussi minimes la maladie évolue aussi rapidement, et tue aussi infailliblement tous ceux qui en sont atteints ?

Armand Delille (3) en donne une explication assez vraisemblable, en faisant intervenir l'action, sur les centres nerveux, de poisons tuberculeux, non isolés jusqu'à ce jour il est vrai, mais dont l'existence semble pourtant indéniable. C'est ainsi, qu'une injection

1. GUERSANT, *loc. cit.*

2. AVIRAGNET, *loc. cit.*

3. ARMAND-DELILLE, *Soc. de Biologie*, 26 juillet 1902.

intra-cérébrale de liquide céphalo-rachidien provenant d'un malade *atteint de méningite tuberculeuse* confirmée, faite au cobaye, causa sa mort dans les vingt-quatre heures sans qu'on pût découvrir une lésion anatomiquement perceptible.

Péron (1) exprime une opinion identique et croit que l'action de ces poisons tuberculeux se manifeste plus particulièrement sur les centres nerveux.

Leraître (2) parlant de la mort rapide ou subite dans la *méningite tuberculeuse* dit qu'on doit faire intervenir l'action des toxines tuberculeuses.

Nous partageons absolument la manière de voir de ces trois auteurs et nous en tirerons quelques déductions.

Nous sommes persuadé que les poisons secrétés sans aucun doute par le bacille de Koch jouent le rôle principal dans l'évolution de la *méningite tuberculeuse somnolente du nourrisson*.

Il est bien permis de supposer, en effet, que si chez lui, la *méningite tuberculeuse* évolue d'une manière aussi fruste, c'est que le petit organisme, plus jeune, moins résistant, est immédiatement saturé par les poisons tuberculeux et intoxiqué au point de ne plus pouvoir réagir.

Nous avons vu d'autre part que *cette forme latente* de méningite tuberculeuse existe également dans la deuxième enfance chez des tuberculeux avancés, c'est-à-

1. PÉRON, *Arch. gén. de méd.*, novembre 1898.

2. LERAÎTRE, *Thèse de Paris*, 1898.

dire dans des organismes déjà saturés de poisons tuberculeux et incapables de réagir.

On voit donc que l'analogie devient frappante, et que le rôle principal ne semble pas devoir appartenir ici à l'agent lui-même de l'infection, mais aux produits qu'il sécrète.

C'est pourquoi, dans la deuxième enfance, alors que l'organisme est plus apte à la résistance, la maladie se prolonge. La réaction se traduit par de grands phénomènes moteurs qui cessent, eux aussi, dès l'instant où le poison tuberculeux a saturé tout l'organisme.

Aussi cette *somnolence et cet amaigrissement* progressifs que nous avons toujours notés vont de pair avec l'intoxication tuberculeuse et augmentent avec elle. C'est aussi, croyons-nous, la raison de leur remarquable constance dans cette affection.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous ne parlerons du traitement que pour mentionner son inefficacité absolue. Cependant quelques auteurs ont préconisé différentes méthodes.

Liégeard (1), intéressant à consulter, en ce qu'il nie la spécificité de la méningite tuberculeuse, *affirme qu'on peut la guérir* par un traitement intensif, basé sur des frictions du cuir chevelu préalablement rasé, avec de la pommade *stibiée*. Cette méthode rejetée par Trousseau comme inutile et douloureuse aurait donné à Liégeard de merveilleux résultats. Elle est pourtant tombée complètement en désuétude.

Morton (2) préconise la trépanation avec drainage mais sans résultat encourageant.

Veyrat (3) préconise également la ponction après trépanation, mais il n'obtient pas un meilleur résultat.

Richer et Roux (4) ont expérimenté sur le chien le

1. LIÉGEARD. *Thèse de Paris*, 1854.

2. MORTON. *Lancet*, 22 juillet 1893.

3. VEYRAT. *Thèse de Lyon*, 1894.

4. RICHER ET ROUX. *Soc. de Biologie*, 22 juin 1901.

traitement de la tuberculose par la *zomothérapie* et préconisent cette méthode dans la méningite tuberculeuse pour lutter contre l'aimaigrissement rapide. Inutile chez les adultes, cette méthode est inapplicable chez les nourrissons.

Pour nous, nous avons institué pour chaque cas particulier, une thérapeutique purement symptomatologique.

Tous les cas observés ont été fatalement voués à la mort et nous n'avons jamais observé ni amélioration, ni guérison. Nous sommes très sceptique sur les cas de guérison relatés, et nous sommes très porté à croire qu'il ne s'agissait pas là de *méningite tuberculeuse*.

Nous persistons dans cette opinion que, tout diagnostic ferme de *méningite tuberculeuse* implique un pronostic *fatal*, dans l'état actuel de la science, et jusqu'au jour où une médication spécifique viendra neutraliser et arrêter les effets du poison tuberculeux.

OBSERVATIONS

Des 42 observations inédites de méningite tuberculeuse que nous publions, et qui, toutes, ont été contrôlées par la ponction lombaire et l'inoculation au cobaye, 5 ont déjà été résumées au chapitre du diagnostic. Les 37 autres sont publiées dans la suite. Nous les avons classées en deux catégories principales.

1° De I à XXIV celles dont le symptôme le plus saillant fut la *somnolence* ;

2° De XXV à XXXVII celles qui furent accompagnées de troubles gastro-intestinaux persistants.

Bien que nous ayons eu en vue surtout la méningite tuberculeuse du nourrisson parce que c'est chez lui que se rencontre le plus fréquemment cette *forme somnolente*, nous avons rapporté quelques observations d'enfants plus âgés mais dont la méningite évolua comme dans la première enfance.

Enfin à la suite de nos observations inédites nous rapportons quelques observations d'auteurs, que nous avons recueillies en faisant notre chapitre d'historique

et dont nous tenons à montrer l'analogie avec les nôtres.

Par cette comparaison, on se rendra compte que nous n'avons pas bénéficié à l'hôpital Hérold d'une série exceptionnellement heureuse de méningite tuberculeuse à évolution fruste mais que la *forme somnolente* dont notre maître Lesage et son interne Abrami ont fixé ce tableau clinique correspond bien à une entité morbide, déjà entrevue depuis longtemps.

Observation I

Méningite tuberculeuse somnolente, phase terminale avec crise de convulsions légères, avant la mort.

Cl... Suzanne, 17 mois, Mussy, n° 20.

Née à terme, parents bien portants, n'a jamais été malade.

Maladie actuelle. — Depuis dix jours a des vomissements continuels, pas de diarrhée ni de constipation.

Entrée le 23 juillet 1903. — Enfant très amaigrie, poids, 6 k. 250, est à la dernière période de la méningite tuberculeuse somnolence comateuse, yeux grands ouverts, regard fixe fontanelle tendue, vomissements fréquents. Pouls, à 120, irrégulier température : 36°8. Aucun autre signe. Pas de raideur, de la nuque, pas de Kernig, ventre normal, pupilles égales, pas de strabisme.

24 juillet. — Mêmes symptômes ; en plus strabisme convergent, inconstant et une courte crise de convulsions.

Décès le 25.

Nécropsie le 27 juillet. — Hydrocéphalie totale et ventri-

cules distendus. A la base plaque de méningite siégeant au niveau de la protubérance annulaire. Rien dans la scissure de Sylvius. Rien dans le cerveau.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite, on note des mononucléaires et quelques bacilles de Koch.

Deux cobayes inoculés le même jour en injection sous-cutanée sont sacrifiés le 16 août et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles.

Observation II

Méningite tuberculeuse, somnolente avec crise de convulsions la veille de la mort.

R... Georges, 11 mois, salle Hardy. Mère morte tuberculeuse le 3 juillet 1903. Il n'a jamais été malade antérieurement.

Maladie actuelle. — Depuis trente-six heures, diarrhée continue.

Entrée le 26 juillet 1903. — Somnolence continue, yeux ouverts et hagards. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque. fontanelle modérément tendue, ventre normal. Pouls à 130 irrégulier, température : 38°2.

27 juillet. — Mêmes signes que précédemment, mais le soir un accès de convulsions, strabisme intermittent, respiration superficielle : Pouls, 140, température : 37°6.

Décès le 28.

Nécropsie le 30 juillet. — Rien à la convexité, rien dans la scissure de Sylvius. Hydrocéphalie ventriculaire avec ventricules distendus,

A la base plaque de méningite légère du diamètre d'une pièce de 1 franc, peu épaisse et grisâtre au niveau du chiasma.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite on note quelques mononucléaires, pas de bacilles de Koch.

Dans le lobe occipital droit, on trouve un abcès tuberculeux ancien du volume d'un pois sans bacilles visibles.

Un cobaye inoculé le même jour avec la plaque de la base est sacrifié le 14 août et présente des signes de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles.

Un autre cobaye inoculé le même jour avec le tubercule du lobe occipital sacrifié également le 24 août donne le même résultat positif.

Observation III

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

Sch... Louise, 3 ans 1/2, Hardy, n° 10.

Pas d'antécédents héréditaires.

Entrée le 30 juillet 1903. — Somnolence continuelle, regard fixe, strabisme léger de l'œil gauche, pupilles normales, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, ventre normal, selles normales. Pouls à 130 irrégulier et instable, température : 38°2 à 38°6.

L'enfant sort le 2 août sur la demande des parents.

Ponction lombaire le 31 juillet. — Liquide clair, transparent. Le culot de centrifugation contient des mononucléaires abondants et quelques bacilles de Koch.

Deux cobayes inoculés le même jour sont sacrifiés le 20 août et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée, nette à bacilles de Koch.

Observation IV

Méningite tuberculeuse, coma terminal.

F... Émile, 12 ans 1/2, Mussy, n° 9.

Parents décédés. Enfant malade depuis deux jours, a du délire et vomit fréquemment, n'a pas eu de convulsions.

Entrée le 4 janvier 1904. — Somnolence profonde, aucun autre symptôme. Pouls incomptable, température 40°2.

Le 5 janvier. — Coma, aucun autre signe, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, rien aux yeux, ventre normal. Pouls incomptable, température 40°8.

Mort le même jour.

Ponction lombaire le 5 janvier. — Liquide clair, en hypertension, n'a pas été examiné.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 11 janvier, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée avec bacilles de Koch.

Pas de nécropsie.

Observation V

Méningite tuberculeuse somnolente avec les signes classiques de la méningite de la deuxième enfance.

R... Alfred, 7 ans 1/2. — Aucun renseignement à l'entrée.

Entré le 15 juin 1904. — Avec des signes non douteux de méningite tuberculeuse classique, signe de Kernig ; raideur de la nuque, *somnolence*. Pouls inégal et irrégulier vers 140, température : 37°2.

29 juin. — Mêmes symptômes que les jours précédents, mais

en plus, on note du torticolis. Paralysie du voile du palais; voix très nasonnée, presque incompréhensible, quelques vomissements; ne se plaint pas de céphalée, rien aux yeux. Pouls oscillant entre 120 et 140, inégal, irrégulier; température: 37° à 38°2.

La maladie évolue sans aucun autre symptôme jusqu'au 29 juin, jour où les parents emportent l'enfant.

Ponction lombaire le 16 juin 1904. — Liquide sous pression normale, clair. A l'examen du culot de centrifugation, on trouve une mononucléose pure, pas de bacilles de Koch sur la lame.

Deux cobayes inoculés le même jour, sont sacrifiés le 2 juillet et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée nette.

Observation VI

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

C... Eugène, 2 ans 1/2, Mussy, numéro 20.

Né à terme; parents bien portants; trois frères bien portants; un frère mort de méningite tuberculeuse; n'a jamais été malade.

Maladie actuelle. — Depuis dix jours, vomit quelquefois; actuellement, ne vomit plus et est très constipé.

Entrée le 20 octobre 1904. — Enfant somnolent presque continuellement, avec de temps en temps, de petits mouvements d'agitation et quelques plaintes; accès de rougeur et de pâleur successifs; raideur légère de la nuque; léger Kernig; rien aux yeux, si ce n'est de la fixité du regard très nette. Pouls petit, rapide, instable entre 120 et 150; température: 38°.

22 août. — Même tableau de clinique. Somnolence de plus en plus profonde; pas de réflexes. Pouls irrégulier avec des pauses, variant de 130 à 140; température: 37°6.

Même état avec somnolence de plus en plus profonde jusqu'au décès, le 26 août.

Ce jour, ascension terminale à 39°4.

Ponction lombaire, le 22 août 1904. — Liquide clair en gouttes lentes. A l'examen microscopique du culot de centrifugation, mononucléose pure, pas de bacilles visibles sur lame.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 15 septembre, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles.

Pas d'autopsie.

Observation VII

Méningite tuberculeuse somnolente avec un accès de convulsions.

Dom... Arsène, 30 mois, Mussy, n° 14.

Né à terme, élevé au sein, mère bien portante, père aliéné interné, une sœur bien portante, aucune autre maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Début depuis une quinzaine, vomit et a des accès de fièvre.

Entrée le 24 novembre 1904. — Enfant amaigri, somnolence entrecoupée de cris, irritabilité ; Kernig variable, stabisme variable, pas de vomissements, pas de diarrhée, abdomen normal, rien aux yeux, rachitisme des extrémités. Pouls à 130 irrégulier instable : température, 38°2 à 38°6 poids : 10 k. 920.

27 novembre. — L'enfant a perdu son irritabilité, il dort continuellement yeux ouverts, regard fixe ; légère diarrhée, deux selles liquides. Pouls à 110, irrégulier, température : 38°2 à 38°8, poids : 10 k. 600.

28 novembre. — La somnolence est coupée d'une série d'accès de convulsions cloniques et toniques généralisées. Pouls à 108 assez régulier, température : 38°6.

Le 4 décembre. — Décès. Jusqu'à la fin de la maladie on n'a plus noté de convulsions, l'enfant a maigri considérablement et ne pèse plus que 9 k. 960.

La somnolence était comateuse, le pouls variable de 110 à 130, la température : 39.

Ponction lombaire le 27 novembre. — Liquide clair en gouttes rapides. A l'examen microscopique du culot de centrifugation on trouve une mononucléose prédominante pas de bacilles de Koch sur la lame.

Un cobaye inoculé le même jour avec le culot est sacrifié le 15 décembre, et présente des lésions de tuberculose sous-cutanée caséeuse, avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 5 décembre 1904. — Plaque de méningite classique à la base au niveau de la selle turcique, pas de lésion dans la scissure de Sylvius. Dans le cerveau, gros tubercule ancien inclus dans le lobe occipital droit avec bacilles nets.

Deux cobayes sont inoculés le même jour, l'un avec la plaque de méningite de la base, l'autre avec le tubercule du lobe occipital; ils sont sacrifiés le 20 décembre et présentent tous les deux des lésions de tuberculose sous-cutanée caséeuse avec bacilles de Koch nets.

Observation VIII

Méningite tuberculeuse somnolente pure avec un léger accès de raideur au début.

J... Émile, 3 ans 1/2, aucun renseignement antérieur.

Entré le 25 novembre 1904. Enfant amaigri, somnolence con-

tinuelle avec raideur généralisée ; Kernig léger ; raie méningitique, rien aux pupilles, pas de strabisme. Ni vomissements ni constipation, selles normales, abdomen normal, fontanelle fermée, pas de convulsions. Pouls à 112° régulier, température : 38°6.

28 décembre. — La somnolence est continuelle et profonde, l'amaigrissement très accentué ; la raideur a disparu entièrement et l'enfant est en résolution totale. Aucun autre symptôme, ni convulsions, ni paralysie. Pouls irrégulier à 120°, température : 38°6 à 39°4.

Mort le 30 novembre avec température terminale à 40°.

Ponction lombaire le 30 novembre. — Liquide clair sous pression normale s'écoulant en gouttes lentes. A l'examen microscopique du culot de centrifugation on trouve de la mononucléose pure, pas de bacilles de Koch sur la lame.

Un cobaye inoculé le même jour est sacrifié le 10 décembre et présente des lésions de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles visibles.

Nécropsie le 2 décembre. — Congestion méningée très nette, pas d'hydrocéphalie. Plaque de méningite à la base au niveau du chiasma ; pas de lésion du côté de la scissure de Sylvius. Au cerveau, tubercule ancien inclus dans le lobe pariétal droit près du lobe occipital.

Deux cobayes sont inoculés le même jour ; l'un avec la plaque de la base, l'autre avec le tubercule ; ils sont sacrifiés le 20 décembre et présentent tous les deux des lésions de tuberculose sous-cutanée avec bacilles nets.

Observation IX

*Méningite tuberculeuse, période terminale comateuse,
un accès de convulsion au début.*

Lav... Germaine, 5 ans. Née à terme, élevée au sein, parents bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Depuis vingt jours est constipée, a eu une crise de convulsions.

Entrée le 9 mars 1905. — Diagnostic de méningite tuberculeuse s'impose. Raideur des membres supérieurs, somnolence profonde, amaigrissement énorme, strabisme interne de l'œil droit, inégalité pupillaire. Pouls petit, irrégulier, rapide vers 130, température : 37°2.

11 mars. — Coma complet, résolution totale. Aucun autre signe. Température : 37°6 à 38°6, pouls à 160 irrégulier.

12 mars. — Ascension thermique finale à 39°8, décès sans autre symptôme.

Ponction lombaire le 10 mars 1905. — Liquide clair, tension faible, gouttes lentes. L'examen microscopique du culot de centrifugation décèle une mononucléose prédominante, quelques polynucléaires et quelques bacilles sur la lame.

Deux cobayes sont inoculés le même jour et sacrifiés le 1^{er} avril avec des lésions de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles de Koch.

Observation X

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

Bon... René, 4 ans, Mussy, n° 1.

Né à terme, élevé au sein, parents bien portants, *maladies antérieures*, coqueluche, rougeole et varicelle.

Maladie actuelle. — Depuis deux mois tousse beaucoup et vomit souvent.

Entrée le 20 avril 1905. — Avec tous les symptômes d'une bronchite double. Température: 39°2; râles crépitants fins dans les deux poumons avec prédominance à gauche.

Même état jusqu'au 22 avril.

22 avril. — A la visite on trouve le petit malade somnolent et indifférent. On songe à la méningite tuberculeuse. Le pouls égale 140, irrégulier, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de troubles oculaires, abdomen normal, selles régulières et normales. Un à deux vomissements quotidiens. Température : 38°8 ; poids : 12 k. 200.

La méningite tuberculeuse évolue jusqu'au décès qui a lieu le 26 sans autre phénomène que la succession du coma à la somnolence. Ni céphalée, ni constipation, ni paralysie, ni convulsions.

Ponction lombaire le 24 avril. — Liquide clair en hypertension. L'examen microscopique du culot décèle la présence d'une mononucléose pure, pas de bacilles de Koch sur la lame.

On n'a pas inoculé de cobaye.

Nécropsie le 28 avril. — Hydrocéphalie légère, plaque de méningite à la base au niveau du chiasma, s'étendant dans la scissure de Sylvius des deux côtés avec tubercules disséminés. Au cerveau, un tubercule ancien caséeux avec bacilles de Koch nets, inclus dans le lobe occipital droit.

A l'examen microscopique, on trouve dans la plaque de la base une mononucléose pure et de nombreux bacilles de Koch sur la lame.

Deux cobayes sont inoculés le même jour, l'un avec la plaque méningitique de la base, l'autre avec le tubercule du lobe occi-

pital; ils sont sacrifiés le 16 mai et présentent tous les deux des lésions de tuberculose sous-cutanée avec bacilles de Koch nets

Observation XI

Méningite tuberculeuse à forme somnolente avec convulsions légères au début.

Reg... Julie, 2 ans.

Née à terme, élevée au biberon, mère bien portante, père toujours malade, un frère bien portant. *Aucune maladie antérieure.*

Maladie actuelle. — Depuis un mois atteinte de bronchite.

Entrée le 22 avril 1905, avec le diagnostic de bronchite et coqueluche douteuse. Température : 36°8.

25 avril. — Brusquement apparaissent des symptômes de méningite : raideur de la nuque, inégalité pupillaire, tonicité musculaire exagérée avec hyperesthésie intense et trémulation, légères convulsions, mais pas de Kernig. Température : 38°6, pouls irrégulier à 140. Coïncidant avec tous ces symptômes, on note une somnolence profonde.

27 avril. — Tous les symptômes précédents disparaissent, sauf la somnolence et les vomissements. Jusqu'au décès qui se produit le 30 avril, on ne note plus que les symptômes suivants : vomissements et somnolence de plus en plus accentués. L'enfant a maigri progressivement. Le pouls est très rapide, 160 environ, petit, instable et irrégulier; de temps en temps quelques soupirs.

Ponction lombaire le 28 avril. — Liquide clair légèrement jaunâtre en gouttes lentes; ce liquide contient de l'albumine et

de la fibrine en excès. L'examen du culot de centrifugation donne la formule leucocytaire suivante :

Leucocytose abondante : 18 à 20 éléments par champ.

Lymphocytes	23
Mononucléaires	67
Polynucléaires	10

Bacilles de Koch visibles sur les lames environ deux par champ.

Un cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 14 mai, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles nets.

Nécropsie le 2 mai. — Pas d'hydrocéphalie.

A la base plaque de méningite irrégulièrement circulaire du diamètre d'une pièce de 1 franc, peu marquée, siégeant au niveau de la selle turcique.

L'examen microscopique de cette plaque décèle une mononucléose prédominante avec quelques bacilles nets sur la lame.

Un cobaye inoculé le même jour est sacrifié le 15 mai suivant; il présente également des lésions de tuberculose sous-cutanée très nette.

Observation XII

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

Dec... Geneviève, 1 an. Mussy, n° 20.

Née à terme, élevée au sein; parents bien portants, deux frères bien portants, un autre mort de méningite tuberculeuse, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours dort continuellement et crie de temps en temps, rien autre.

Entrée le 4 juin 1905. — Seul symptôme noté la somnolence. Pouls normal, température : 38°4, poids : 5 k. 630.

Jusqu'au 8 juin. — Aucun autre symptôme.

8 juin. — Somnolence, pouls régulier mais instable, nystagmus, inégalité pupillaire légère, ptosis léger à gauche, mâchonnement. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, abdomen normal, ni diarrhée ni vomissements.

Le 10 — Décès sans aucun autre symptôme que ceux décrits ci-dessus.

Ponction lombaire le 9 juin 1905. — Liquide clair en gouttes rapides; lymphocytose abondante, quelques polynucléaires, bacilles de Koch visibles sur la lame.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 5 juillet, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée nette avec bacilles de Koch.

Nécropsie le 12 juin 1905. — Cerveau légèrement œdémateux sous la pie-mère, hydrocéphalie ventriculaire abondante. A la base plaque de méningite grisâtre au niveau de la protubérance, à la convexité quelques petits tubercules sans systématisation. A l'examen microscopique, on trouve des mononucléaires abondants et quelques lymphocytes.

Deux cobayes sont inoculés le même jour et sacrifiés le 5 juillet, et présentent tous les deux des lésions de tuberculose sous-cutanée avec bacilles de Koch nets.

Observation XIII

Méningite tuberculeuse somnolente avec une courte crise de convulsions.

Lau... Georgette, Mussy, n° 3.

Née à terme, élevée au sein; parents bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Depuis cinq jours se plaint de la tête et du ventre.

Entrée le 16 novembre 1905. — Enfant somnolente, vomissements, pouls à 100 irrégulier. Température : 37°2. Poids : 10 k. 550.

Jusqu'au 19. — Même tableau clinique, somnolence continue entrecoupée de cris, céphalalgie. Pouls 92, irrégulier. Température : 37°4. Poids : 10 k. 420.

Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, abdomen normal, rien aux yeux, anorexie et vomissements.

Le 19. — Une courte crise de convulsions.

23 novembre— Les convulsions n'ont plus reparu, la somnolence continue, pouls 105 instable, très peu irrégulier. Température : 38°4. Poids : 10 k. 300.

A partir de ce jour, l'enfant entre dans le coma. La température monte progressivement de 37 jusqu'à 40 chiffre qu'elle atteint le 26 pour retomber à 38·8 le 28 novembre, jour du décès. Le pouls s'accélère et monte à 140. Poids le 26 : 10 k. 150. Pas de paralysie, une seule crise de convulsions durant tout le cours de la maladie.

Première ponction lombaire le 18 novembre. — Liquide clair en hypertension, gouttes rapides.

Contient de l'albumine et de la fibrine en excès.

Leucocytose abondante 18 à 20 éléments par champ.

Lymphocytes.	43
Mononucléaires.	44
Polynucléaires.	13

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Deux cobayes sont inoculés le même jour et sacrifiés le 25 décembre ; ils présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Deuxième ponction lombaire le 21 novembre. — Liquide clair en hypertension, sort en jet.

Albumine et fibrine en excès.

Leucocytose, 7 à 11 éléments par champ.

Lymphocytes.	50
Mononucléaires	43
Polynucléaires	7

Pas de bacilles de Koch sur les lames,

Deux cobayes inoculés le même jour et sacrifiés le 25 décembre présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Troisième ponction lombaire le 27. — Liquide clair en hypertension, gouttes rapides.

Albumine et fibrine en excès.

Leucocytose abondante, 16 à 17 éléments par champ.

Lymphocytes.	60
Mononucléaires.	32
Polynucléaires	8

Pas de bacilles de Koch sur la lame.

Deux cobayes sont inoculés le même jour et sacrifiés le 25 décembre ; ils présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Pas de nécropsie, opposition.

Observation XIV

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

Riv... Georges, 18 mois, Mussy, annexe n° 3.

Pas de renseignements à l'entrée.

Entrée le 27 décembre 1905. — Enfant de bon état général, somnolent, pouls à 130, régulier, température 37°9.

30 décembre. — L'enfant sommeille presque continuellement, ni vomissements ni diarrhée, pas de phénomènes oculaires, les yeux sont ouverts pendant le sommeil ; pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, abdomen normal non rétracté en bateau, la fontanelle n'est pas distendue, ni convulsions ni paralysie, pouls à 140, régulier, température : 37° à 37°4. Poids : 9 k. 320.

2 janvier. — Aucun nouveau symptôme, la somnolence seule s'accroît, l'amaigrissement progresse, pouls 130, irrégulier température 37°2 à 37°4, poids : 9 kil. 185.

5 janvier. — Même symptômes. La somnolence et l'amaigrissement s'accroissent, pouls rapide 140, irrégulier, température 37° à 37°6 poids 8 kil. 910. La mère emporte l'enfant.

Ponction lombaire le 2 janvier. — Liquide clair en gouttes lentes, mononucléose prédominante, pas de polynucléaires, pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 18 janvier, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles nombreux.

Observation XV

Méningite tuberculeuse somnolente, période ultime avec ralentissement terminal du pouls.

Ag... Marcel, 17 mois, Mussy n° 21.

Pas de renseignements antérieurs.

Entrée le 9 janvier 1906. — Enfant somnolent le matin par accès, puis dans l'après-midi torpeur permanente avec une légère carphologie. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, fontanelle normale, légère mydriase, pas d'inégalité pupillaire, pouls irrégulier, instable, lent de 90 à 120, respiration irrégulière, température 39°5.

Décès le 10 janvier 1906. — Aucun autre symptôme.

Ponction lombaire le 9 janvier. — Liquide clair en hypertension, gouttes rapides.

Albumine en excès.

Pas de fibrine.

Leucocytose très abondante : 18 à 22 éléments par champ.

Lymphocytes	33
-----------------------	----

Mononucléaires.	66
-------------------------	----

Polynucléaires	1
--------------------------	---

Pas de bacilles sur les lames.

Un cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 28 janvier, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Nécropsie le 12 janvier. — Pas d'hydrocéphalie, aucune lésion à la convexité. A la base, petite plaque de méningite de 1 centimètre de diamètre environ, siégeant au niveau de la selle turcique, d'aspect grisâtre et de consistance molle.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite, on décèle de nombreux monocléaires et quelques bacilles rares.

Un cobaye inoculé le même jour sacrifié le 28 janvier présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nombreux.

Observation XVI

Méningite tuberculeuse, peu de somnolence. Raideur tétanique.

Leb., Juliette, 1 an. Mussy n° 10.

Née à terme, élevée au biberon, parents bien portants, un frère bien portant.

Maladie antérieure : diarrhée.

Maladie actuelle. — Depuis vingt jours tousse beaucoup et refuse de boire.

Entrée le 6 février 1906. — Présente des périodes de raideur généralisée alternant avec des périodes d'agitation, nystagmus horizontal, pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, abdomen normal, ni vomissements, ni constipation, fontanelle légèrement bombée, température 37° 6, pouls rapide à 150, inégal, poids 4 k. 600,

8 février. — Même tableau clinique, température monte à 39° 6, pouls incomptable, poids 3 k. 130.

Décès le 9. — Avec chute de température à 38° 4.

Ponction lombaire le 7 février. — Liquide clair sous pression, gouttes lentes.

Albumine en excès.

Peu de fibrine.

Leucocytose : 7 à 10 éléments par champ.

Lymphocytes	81
Mononucléaires	12
Polynucléaires.	7

Pas de bacilles sur les lames.

Nécropsie le 11 février. — Hydrocéphalie ventriculaire légère. A la base, plaque classique de méningite au niveau de la selle turcique avec épaissement se prolongeant dans la scissure de Sylvius, quelques tubercules disséminés sur les deux faces latérales des hémisphères cérébraux.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite, nombreux mononucléaires et quelques polynucléaires.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 24 février, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Un autre cobaye inoculé le 7 février avec le liquide céphalo-rachidien de la ponction lombaire, est sacrifié le 24 et présente également des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Observation XVII

Méningite tuberculeuse. Coma terminal.

Ler... Marguerite, 2 ans. Hardy n° 13.

Née à terme, parents bien portants, quatre frères bien portants.

Maladie antérieure, une bronchite.

Maladie actuelle. — Depuis neuf jours soignée en ville, application de sangsues aux apophyses mastoïdes.

Entrée le 21 février 1907. — Coma, pouls rapide et irrégulier. Mort dans la nuit du 21 au 22.

Ponction lombaire le 21. — Liquide clair en hypertension modérée, gouttes lentes.

Albumine et fibrine abondantes.

Leucocytose abondante : 15 éléments par champ.

Lymphocytes	83
Mononucléaires.	12
Polynucléaires	5

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Un cobaye inoculé le même jour, meurt le 4 mars avec des lésions de tuberculose sous-cutanée et généralisée.

Pas de nécropsie, opposition.

Observation XVIII

Méningite tuberculeuse somnolente avec hémiplégie.

For... Yvonne, 3 ans. Mussy, n° 5.

Née à terme, élevée au sein, père bien portant, mère souffrante, un frère malade précédemment et traité par la liqueur de Van-Swieten, donc syphilis probable.

Maladie antérieure. Rougeole.

Maladie actuelle. — Depuis deux mois environ, vomit, tousse et maigrit beaucoup.

Entrée le 17 mars 1906. — L'enfant est mise en observation et ne présente aucun symptôme autre que les symptômes fonctionnels mentionnés plus haut. Cependant le pouls est à 102, irrégulier et petit, température 37°6 à 38°4.

20 mars 1906. — Apparaît une monoplégie brachiale gauche. Abolition des réflexes. Vu les antécédents du frère traité par la liqueur de Van Swieten, on songe à la syphilis cérébrale ou à la méningite. On recherche les signes de méningite mais pas de somnolence. Pas de strabisme. Pas d'inégalité pupillaire. Abdo-

men normal. On pose le diagnostic de syphilis cérébrale. Traitement spécifique.

Jusqu'au 24 mars. — Même tableau clinique.

Le 24 mars. — La somnolence apparaît ; en même temps hémiplegie totale gauche et paralysie du facial inférieur gauche. Céphalalgie. Pouls irrégulier à 120. Température : 38°2 à 38°4. Diagnostic rectifié, on cesse le traitement spécifique.

27 mars. — Mêmes symptômes que précédemment, la somnolence s'accroît, le regard est fixe, l'amaigrissement progresse. Température : 38°2 à 38°6. Pouls, à 140 instable.

Le 28. — Est emportée par la famille.

Ponction lombaire le 27 mars. — Liquide clair, sous pression, gouttes lentes, très albumineux et très fibrineux.

Leucocytose 8 à 12 éléments par champ.

Lymphocytes.	42
Mononucléaires.	46
Polynucléaires.	12

Pas de bacilles sur les lames.

Deux cobayes inoculés le même jour, sacrifiés le 12 avril présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Observation XIX

Méningite tuberculeuse somnolente avec spasme laryngé.

Ch..., Augustine, 30 mois. Mussy, n° 8.

Née à terme. Élevée au sein. Parents bien portants.

Maladie antérieure. — Cholérine ?

Maladie actuelle. — Depuis dix jours respire difficilement. Changement de caractère. Amaigrissement.

Entrée le 27 mars 1906. — Présente un léger tirage. Regard fixe. Yeux ouverts. Somnolence. Pas de raideur de la nuque. Pas de Kernig, ni vomissements, ni constipation.

Selles normales. Abdomen normal. Ni convulsions, ni paralysie. Pouls, 140 instable. Température: 38.

28 mars. — Mêmes symptômes que précédemment, enfant somnolent avec les yeux ouverts. Dans la journée, trois accès de spasme laryngé avec cyanose. Température : 37°6 à 38°4. Pouls, 150 irrégulier.

29 mars. — Mêmes symptômes que la veille. L'enfant meurt dans un accès de spasme laryngé avec suffocation.

Ponction lombaire le 28 mars. — Liquide clair, en gouttes rapides, très albumineux et très fibrineux.

Leucocytose abondante : 13 à 15 éléments par champ.

Lymphocytes	92
Mononucléaires	8
Polynucléaires.	0

Pas de bacilles sur les lames.

Nécropsie le 31 mars 1906. — Pas d'hydrocéphalie A la base, plaque de méningite au niveau de la selle turcique, grise, épaisse, s'étendant vers la protubérance, rien dans la scissure de Sylvius. Dans le cervelet gros tubercule caséeux ancien. A l'examen microscopique de la plaque de méningite lymphocytes abondants avec bacilles de Koch nets.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 20 avril, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive, avec bacilles de Koch nets.

Un autre cobaye inoculé le 28 mars avec le liquide de la lombaire, sacrifié également le 20 avril, présente aussi des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Observation XX

Méningite tuberculose somnolente pure.

Gu... Marguerite, 3 ans, Mussy annexe.

Née à terme, parents bien portants, deux frères bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Vomit depuis quinze jours.

Entrée le 16 avril 1906. — Présente de l'agitation, des vomissements et de la céphalée.

Pouls assez fréquent, régulier, mais instable; température, 37°6, rien aux yeux, abdomen normal, Kernig très net.

18 avril 1906. — Les symptômes précédents persistent; en outre, on note une somnolence très accentuée, avec regard fixe, pupilles égales, pas de strabisme, pas de convulsions, pas de paralysie. Pouls à 130, instable et irrégulier, température: 38° à 38°6.

29 avril. — Pendant toute cette période, les symptômes n'ont absolument pas changé; la somnolence est continuelle, amaigrissement notable. Pouls variable de 120 à 170, souvent incomptable, température entre 37°2 et 38°, ni convulsions, ni paralysie.

Mort le 30 avril.

Première ponction lombaire le 19 avril. — Liquide clair, en hypertension, albumine et fibrine en excès, mononucléose très abondante, pas de bacilles visibles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 20 mai, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Deuxième ponction lombaire le 30 avril. — Liquide clair en

hypertension, lymphocytose très abondante. bacilles nets sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 20 mai, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive, avec bacilles de Koch nets.

Pas de nécropsie, opposition.

Observation XXI

Méningite tuberculeuse, deuxième enfance, à trépied méningitique classique, sans convulsions ni paralysie.

L... Marie, 6 ans, Mussy, annexe numéro 8.

Née à terme, élevée au biberon, mère souffrante, un frère bien portant.

Maladies antérieures. — Rougeole, coqueluche, convulsions, a toujours été un peu souffrante.

Maladie actuelle. — Constipation et vomissements.

Entrée le 16 avril 1906. — Trépied méningitique complet, attitude en chien de fusil, Kernig net, somnolence continuelle. Pouls irrégulier et inégal, pupilles normales, pas de strabisme, température : 38°.

29 avril. — Pendant toute cette période, les symptômes précédents n'ont pas varié, le trépied méningitique est resté complet, la somnolence et l'amaigrissement se sont accentués. Température variable entre 37°6 et 38°4, pouls très irrégulier et très instable.

Mort le 1^{er} mai 1906, sans convulsions, ni paralysie.

Ponction lombaire le 19 avril. — Liquide clair, hypertension considérable, sort en jet.

Albumine et fibrine en abondance.

Leucocytose très abondante : dix-huit à vingt éléments par champ.

Lymphocytes.	91
Mononucléaires.	9
Polynucléaires	0

Bacilles sur les lames.

Deux cobayes sont inoculés le même jour et sacrifiés le 6 mai, il présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive bacilles nets.

Pas de nécropsie, opposition.

Observation XXII

Méningite tuberculeuse somnolente avec légères convulsions.

F... Maurice, 30 mois. Mussy, n° 6.

Pas de renseignements antérieurs. Enfant toujours bien portant.

Maladie actuelle. — Trois jours auparavant un court accès de convulsions; depuis ce moment l'enfant s'endort continuellement.

Entrée le 26 avril 1906. — Somnolence continue avec regard fixe et yeux ouverts, pas de strabisme, pas d'inégalité pupillaire, pas de Kernig, abdomen normal, ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée, selles normales, pouls à 140, instable, irrégulier ; température 38°2, poids : 10 k. 050.

29 avril. — Mêmes symptômes.

30 avril. — Légères convulsions très courtes dans le bras droit. Somnolence plus accentuée; regard fixe, respiration superficielle : température 38°, pouls incomptable ; poids 9 k. 120.

L'enfant sort sur la demande des parents.

Ponction lombaire le 29 avril. — Liquide clair en hypertension gouttes rapides, mononucléose pure, pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 15 mai, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXIII

Méningite tuberculeuse somnolente avec contractures.

B..., Marie, 5 ans, Mussy, n° 21.

Née à terme, élevée au sein, aucune maladie antérieure, père asthmatique, mère bien portante.

Maladie actuelle. — Embarras gastrique.

Entrée le 17 mai 1906. — Petite malade mal en train, vomit fréquemment, constipation, température : 38°2, pouls normal régulier.

19 mai. — Symptômes de méningite nets, somnolence continue, contracture de la face à droite avec occlusion de l'œil droit, raie méningitique, température : 38°4 à 38°6.

22 mai. — Mêmes symptômes, mais dans la nuit précédente, légères convulsions, pouls irrégulier, rapide, 120 à 130 ; température 37°6 à 38°7.

23 mai. — Les convulsions n'ont pas reparu. Coma, respiration suspirieuse, pouls à 160, irrégulier, température monte brusquement à 42°. Mort dans la journée.

Ponction lombaire le 20 mai. — Liquide clair, en hypertension légère, mononucléose abondante, pas de bacilles sur les lames.

Un cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 15 juin, présente

des lésions de tuberculose sous cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 25 mai. — Fines granulations tuberculeuses le long de la scissure de Sylvius, nombreuses granulations à la convexité des deux lobes cérébraux, rien à la base, circonvolutions cérébrales légèrement œdémateuses.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 15 juin, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Observation XXIV

Méningite tuberculeuse somnolente pure.

Geo..., Maurice, 5 ans. Mussy, n° 10.

Né à terme, élevé au sein, parents bien portants, deux frères bien portants.

Maladies antérieures. — Rougeole et coqueluche.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours souffrant, mal en train, amaigri.

Entré le 26 mai 1906. — Enfant somnolent avec fixité du regard.

Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pas de troubles oculaires, abdomen normal, ni vomissements, ni constipation, selles normales, ni convulsions ni paralysie, température 38° 2, pouls instable 132 à 150.

28 mai. — Mêmes symptômes, température 38° 8, pouls 160 à 180.

29-30 mai. — Mêmes symptômes, température : 37° 2. Pouls incomptable.

Décès le 31. — Sans aucun autre symptôme. Pas de ponction lombaire.

Nécropsie le 1^{er} juin. — Après incision de la dure-mère on aperçoit dans la scissure de Sylvius droit des fines granulations tuberculeuses. A la base très légère plaque de méningite classique au niveau de la selle turcique. Substance cérébrale en partie déliquescence.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 22 juin, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Dans ces vingt-quatre observations le fait prédominant a été la constatation du syndrome somnolent. On a pu remarquer dans quelques-unes, des crises de convulsions ; mais elles ont toujours été de très courte durée, et d'intensité moyenne. Souvent elles n'ont existé qu'au début de la maladie. En tous cas, dans la pratique journalière, elles peuvent facilement échapper au médecin et, par conséquent, ne sont pas indispensables pour faire le diagnostic. D'autre part nous l'avons toujours fait sans attendre qu'elles se produisent.

Après ces vingt-quatre observations nous mettons celles qui ont présenté des phénomènes gastro-intestinaux persistants et nous ferons remarquer, en passant qu'elles se produisent généralement chez les nourrissons les plus jeunes.

Observation XXV

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

Al... Albert, 17 mois. Mussy, n° 10.

Né à terme, élevé au sein, parents bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle.— Depuis onze jours souffre de gastro-entérite.

Entrée le 11 juin 1903.— Diarrhée abondante. Quatre selles, deux à trois vomissements, dort continuellement, fontanelle non fermée, normale, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de strabisme, pas de convulsions, abdomen normal, pouls 140 instable, inégal, température 37°6 à 37°8, poids 7 k. 480.

15 juin. — Mêmes symptômes que précédemment, mais en plus regard fixe, pouls régulier, instable, 120 à 140, température 37°2 à 39°6 : poids 7 k. 400.

17 juin. — Mêmes symptômes, mais pas de diarrhée ; poids 7 k. 320.

19 juin. — Diarrhée reparait, quatre selles, somnolence profonde, amaigrissement notable, poids 7 k. 200, pouls instable 120 à 140.

21 juin. — Mêmes symptômes, poids 7 kilos.

23 juin. — Coma, amaigrissement considérable, poids 6 k. 700, pouls incomptable.

Mort le 24 juin.

Ponction lombaire le 18 juin. — Liquide clair en gouttes très lentes. A l'examen microscopique mononucléose pure, pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 13 juillet, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 25 juin 1903. — Pas d'hydrocéphalie, ventricules normaux. A la base, petite plaque de méningite au niveau de la selle turcique, grisâtre, de 1 centimètre de diamètres environ, rien dans la scissure de Sylvius. Dans le lobe occi-

pital gauche, gros tubercule ancien du volume d'une noisette avec bacilles.

Un cobaye inoculé le même jour avec la plaque de méningite de la base et un autre inoculé avec le tubercule occipital sont sacrifiés le 25 juillet et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXVI

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

Tou... Léon, 6 mois. Mussy, n° 6.

Né à terme, élevé au biberon, parents bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — A beaucoup maigri depuis trois semaines, toussé depuis huit jours, a de la diarrhée et vomit de temps de temps.

Entrée le 15 juillet 1903. — Présente tous les symptômes d'une gastro-entérite légère avec un peu de somnolence, quatre selles, température : 37°2 à 37°4, pouls irrégulier, instable : 120-130 ; poids : 5 k. 200.

18 juillet. — Somnolence continue, diarrhée persistante, cinq selles, vomissements fréquents, pas de Kernig, pas de strabisme, pas d'inégalité pupillaire, fontanelle normale, abdomen légèrement ballonné. Pouls instable et inégal : 140 ; température : 37°6 à 36°8 ; poids : 5 k. 020.

24 juillet. — Mêmes symptômes, diarrhée abondante, cinq à six selles quotidiennes, amaigrissement considérable, poids : 4 k. 580 ; somnolence continue très profonde. Pouls : 140 à 160 instable, température : 37° à 37°6.

27 juillet. — Décès sans aucun autre symptôme, ni paralysie, ni convulsions.

Nécropsie le 29 juillet. — A la base plaque nette de méningite au niveau de la selle turcique, aucune autre lésion extérieure ; pas d'hydrocéphalie, ventricules normaux. Tubercule intracérébral ancien inclus dans le cervelet.

Deux cobayes sont inoculés le même jour l'un avec la plaque de méningite de la base, l'autre avec le tubercule du cervelet. Sacrifiés tous les deux le 13 août, ils présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXVII

Méningite tuberculeuse avec diarrhée.

Sel... Albert, 5 mois, Mussy, n° 18.

Aucun renseignement antérieur.

Entrée le 16 juillet 1903. — Enfant malingre, vomit fréquemment, diarrhée abondante, quatre selles ; somnolence continue, les yeux ouverts. Pouls irrégulier : 120, température : 37°2, pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig ; fontanelle un peu tendue, abdomen normal ; ni convulsions, ni paralysie ; poids : 5 k. 600.

24 juillet. — Somnolence continue depuis l'entrée, regard fixe ; diarrhée profuse cinq selles, vomissements peu fréquents, amaigrissement notable. Poids : 4 k. 900. Pouls instable 120 à 140 et irrégulier.

28 juillet. — Décès précédé de coma ; amaigrissement considérable ; poids le jour du décès ; 4 k. 450.

Ponction lombaire le 19 juillet. — Liquide clair en hyper-

tension. A l'examen microscopique mononucléose pure, pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 6 août, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 30 juillet. — Hydrocéphalie ventriculaire légère; rien de particulier à l'aspect extérieur du cerveau. A la base plaque de méningite légère au niveau de la selle turcique. Dans le cervelet un gros tubercule à bacilles nets et un autre tubercule également dans le lobe occipital gauche.

Trois cobayes inoculés le même jour, le premier avec la plaque de méningite de la base, le second avec le tubercule du cervelet, le troisième avec le tubercule occipital, sont sacrifiés le 12 août et présentent tous les trois des lésions de tuberculose positive avec bacilles de Koch.

Observation XXVIII

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

K... Augustine, 21 mois. Mussy, n° 10.

Aucun antécédent.

Entrée le 16 juillet 1903, avec le diagnostic de gastro-entérite; présente, en effet, un gros ventre, vomissements fréquents, diarrhée profuse 5 selles, température : 38°2.

Jusqu'au 21. — Même état, vomissements abondants, diarrhée profuse 5 à 6 selles quotidiennes. On a remarqué que depuis deux jours, le pouls est instable 120 à 140, poids : 7 kil. 450.

23 juillet. — Brusquement, la somnolence est apparue, l'enfant dort profondément, yeux ouverts, regard fixe; diagnostic posé : méningite tuberculeuse.

Pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, fontanelle fermée, ventre ballonné, pouls instable 120 à 140 irrégulier, température : 38°2, diarrhée et vomissements persistants.

24 juillet. — Mêmes symptômes, température abaissée à 36°8, suite de ponction, pouls : 140 irrégulier, poids : 7 kil. 120.

27 juillet. — Mêmes symptômes, somnolence profonde, regard fixe, diarrhée et vomissements persistants, amaigrissement notable, poids : 7 kilogrammes, pouls : 130 irrégulier, température : 38°2.

30 juillet. — Mêmes symptômes, poids : 6 kil. 700.

1^{er} août. — Décès sans autre symptôme.

Ponction lombaire le 23 juillet.

Liquide clair en hypertension marquée. A l'examen microscopique, mononucléaires nombreux, quelques bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 16 août, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 4 août. — Hydrocéphalie totale, ventricules très distendus, rien dans la scissure de Sylvius, rien à la convexité. A la base, au niveau de la protubérance, plaque de méningite épaisse, de 2 centimètres de diamètre environ, couleur grisâtre. Un gros tubercule ancien inclus dans le lobe occipital gauche avec bacilles sur lame.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite, mononucléaires nombreux et bacilles sur les lames.

Trois cobayes sont inoculés le même jour : un avec le tubercule occipital, les deux autres avec la plaque de la base, sont sacrifiés tous les trois le 1^{er} septembre et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive. •

Observation XXIX

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

De... Yvonne, 2 mois, Mussy.

Pas de renseignements antérieurs.

Entrée le 27 août 1903. — Enfant petite, poids 3 kilos, diarrhée et vomissements, sommeil persistant. Pouls régulier à 100, température : 37° 2.

4 septembre. — Mêmes symptômes, pouls instable 120 à 150. Température : 37°2 à 37°6, poids : 2 k. 900.

10 septembre. — Mêmes symptômes, somnolence plus accentuée, vomissements et diarrhée persistants, amaigrissement notable, poids : 2 k. 700. Pouls incomptable, température : 37°4 à 37°8.

14 septembre. — Mêmes symptômes. Coma, poids : 2 k. 350. Décès dans la journée.

Nécropsie le 16 septembre. — Pas d'hydrocéphalie, pas de distension ventriculaire, rien à la convexité des hémisphères cérébraux.

A la base au niveau de la selle turcique, petite plaque de méningite légère un peu feutrée.

A l'examen microscopique quelques mononucléaires et quelques bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 3 octobre, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXX

Méningite tuberculeuse somnolente avec gastro-entérite.

Hed... Yvonne, 3 mois. Mussy.

Née à terme, élevée au biberon, mère tuberculeuse.

Maladie antérieure. — Toujours malade.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours diarrhée verte, toux continuelle, vomissements fréquents.

Entrée le 19 novembre 1904. — Enfant malingre. Poids : 3 k. 350, diarrhée abondante, plusieurs selles quotidiennes, vomissements fréquents, aucun autre signe, diagnostic posé : gastro-entérite. Température : 36°2.

Même état jusqu'au 22.

Le 22 novembre. — Somnolence continuelle avec regard fixe, yeux ouverts.

Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pupilles normales, pas de strabisme, abdomen un peu ballonné, ni convulsions ni paralysie, vomissements et diarrhée persistants. Poids : 130 irrégulier, température : 37°2.

24 novembre. — Mêmes symptômes, somnolence, vomissements et diarrhée persistants ; amaigrissement, poids : 3 kil. 300.

La maladie évolue jusqu'au 1^{er} décembre sans aucun autre symptôme.

Le 1^{er} décembre. — Poids : 3 kil. 130, poids incomptable, température : 36°4 à 37, ni convulsions ni paralysie.

Décès le même jour.

Nécropsie le 3 décembre. — Hydrocéphalie totale abondante, rien à la convexité, rien dans la scissure de Sylvius. A la base,

au niveau de la selle turcique, plaque de méningite irrégulière, 2 centimètres de diamètre environ.

Un tubercule ancien caséux à bacilles inclus dans le lobe occipital gauche.

A l'examen microscopique de la méningite, mononucléose pure et quelques bacilles sur les lames.

Deux cobayes inoculés le même jour, l'un avec la plaque de méningite de la base, l'autre avec le tubercule occipital, sont sacrifiés le 26 décembre et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXXI

Méningite somnolente avec diarrhée.

Des... Georgette, 20 mois, Mussy, n° 18.

Née à terme, élevée au biberon, parents bien portants.

Maladie antérieure. — Impetigo.

Maladie — *actuelle* Depuis deux mois tousse un peu et a un peu de diarrhée.

Entrée le 25 février 1905. — Impetigo, vomissements fréquents, diarrhée abondante, cinq selles, somnolence continue mais légère. Poids petit rapide, instable, 130-140, température 37 à 37° 4 ; poids : 6 k. 970 ; pas de Kernig, pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, légère raideur de la nuque, abdomen normal.

28 février. — Somnolence profonde, regard fixe, yeux ouverts amaigrissement notable, poids : 6 k. 650, diarrhée et vomissements. Température 40° : 2, pouls incomptable irrégulier.

2 mars. — La maladie évolue sans autre symptôme que

l'amaigrissement progressif et le coma, ni paralysie, ni convulsions, diarrhée persistante. Poids : 6 k. 290 Pouls incomptable au-dessus de 160, température : 38° à 40°.

Décès le 3 mars.

Ponction lombaire le 28 février. — Liquide clair citrin sous pression en gouttes rapides. A l'examen microscopique mononucléose pure, pas de bacilles Koch sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 15 mars, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Nécropsie le 5 mars. — Méninges adhérentes sur toute la convexité, très congestionnées, hydrocéphalie légère. A la base petite plaque de méningite légère au niveau de la selle turcique, rien dans la scissure de Sylvius. A l'examen microscopique, quelques mononucléaires, pas de bacilles sur les lames. Un tubercule ancien caséeux inclus dans le cervelet.

Deux cobayes sont inoculés le même jour, l'un avec la plaque de la base, l'autre avec le tubercule du cervelet ; ils sont sacrifiés tous les deux le 25 mars et présentent des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nets.

Observation XXXII

Méningite somnolente avec diarrhée.

Bec... Georgette, 2 ans. Mussy, n° 18.

Née à terme, élevée au biberon, parents bien portants.

Maladie antérieure. — Rougeole il y a un an.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours ne veut plus manger, vomissements, diarrhée, dort continuellement.

Entrée le 23 mars 1905. — Somnolence profonde, regard fixe, yeux grands ouverts, pupilles égales, pas de strabisme, abdomen normal, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, ni convulsions ni paralysie, vomissements fréquents, diarrhée profuse, amaigrissement notable. Pouls instable: 130-140. Température: 37°6.

1^{er} avril. — La maladie évolue jusqu'à ce jour sans aucun autre symptôme, somnolence aboutissant au coma, amaigrissement considérable, diarrhée profuse, instabilité et accélération du pouls 125 à 160, température terminale: 40°.

Décès le même jour.

Ponction lombaire le 25 mars. — Liquide clair, transparent, pression normale en gouttes très lentes. A l'examen microscopique mononucléose abondante, pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 25 avril, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch nombreux.

Nécropsie le 3 avril. — Extérieurement cerveau normal, pas d'hydrocéphalie, ventricules normaux. A la base, au niveau de la selle turcique, plaque de méningite légère, grisâtre, d'un diamètre de 1 centimètre environ. Un tubercule ancien avec bacilles visibles inclus dans le lobe occipital gauche.

A l'examen microscopique de la plaque de méningite, mononucléaires abondants et bacilles de Koch sur les lames.

Deux cobayes inoculés le même jour, l'un avec la plaque de la base, l'autre avec le tubercule occipital, sont sacrifiés tous les deux le 25 avril et présentent des lésions de tuberculose positive avec bacilles de Koch nombreux.

Observation XXXIII

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée, longue évolution et rougeole intercurrente.

So..., Jean 1 an. Hardy n° 1.

Pas de renseignements antérieurs.

Entrée le 4 novembre 1906. — Pour une angine diphtérique, reçoit une injection de sérum antidiphtérique et est mis en observation.

Le 7 novembre. — L'angine disparaît et la température qui avait monté jusqu'à 39°6 redescend à 37°8.

Le 9. — Alors qu'on considérait l'enfant comme convalescent de son angine son aspect change subitement, l'enfant dort continuellement, contrairement aux jours précédents : Pouls régulier et instable 116 à 140. Température : 38° 4. Diagnostic posé méningite tuberculeuse, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de strabisme ni d'inégalité pupillaire ; abdomen normal, fontanelle bombée.

18 novembre. — Pendant toute la période précédente les mêmes symptômes sont relevés ; somnolence de plus en plus accentuée. Pouls remarquablement instable et irrégulier 120 à 160. Température : 37°4 à 40°2 sans aucune règle.

Le 19. — Diarrhée, plusieurs selles ; poids : 7 k. 470.

23 novembre. — Mêmes symptômes, en plus regard fixe ; vomissements et diarrhée persistants amaigrissement. Poids : 7 k. 300 : Pouls instable 100 à 160 ; température : 37°2 à 38° 4.

24 novembre. — Les symptômes précédents changent totalement, l'enfant est plus vif et plus agité, la somnolence a disparu, la température atteint 39°2, pouls : 160 mais régulier.

Comme une épidémie de rougeole avait éclaté dans la salle on songe à une contagion possible chez le petit malade. Le diagnostic se confirme et on a une éruption morbillieuse le 26.

Tous les symptômes de méningite s'effacent pendant la prise de rougeole, l'amaigrissement seul progresse. Poids le 26 novembre : 7 k. 050.

30 novembre. — Reprise progressive du tableau clinique de la méningite tuberculeuse, l'état somnolent reparait, le pouls reprend son instabilité: 120 à 140. Température : $37^{\circ}2$ à $37^{\circ}4$; poids: 6 k. 930.

3 décembre. — Somnolence plus accentuée, regard fixe, vomissements et diarrhée, pouls instable et irrégulier : 124 à 140. Température : $36^{\circ}8$ à $37^{\circ}6$.

7 décembre. — Mêmes symptômes, amaigrissement progressif, poids : 6 k. 850.

10 décembre. — Mêmes symptômes, diarrhée persistante, somnolence comateuse. Pouls instable, irrégulier : 126 à 140. Poids : 6 k. 710.

14 décembre. — Mêmes symptômes, mais en outre depuis deux jours trois à six vomissements quotidiens. Coma, résolution complète, pouls incomptable. Température à grandes oscillations : 37 à $39^{\circ}8$, amaigrissement considérable : 6 k. 320.

17 décembre. — Mêmes symptômes, coma, regard fixe, pouls incomptable, diarrhée et vomissements, poids: 6 k. 150.

21 décembre. — Mêmes symptômes que précédemment. Chute de poids énorme 5 k. 680. Décès dans la journée.

PREMIÈRE FONCTION LOUBAIRE LE 10 NOVEMBRE 1905.

Liquide clair en hypertension.

Leucocytose abondante,

Lymphocytes, 43

Mononucléaires.	43
Polynucléaires	14

Bacilles de Koch sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 24 novembre, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

DEUXIÈME PONCTION LOMBAIRE LE 18 NOVEMBRE 1905.

Liquide clair en hypertension, gouttes lentes.

Leucocytose abondante.

Mononucléaires prédominants.

Quelques polynucléaires.

Quelques bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 6 décembre, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles.

Nécropsie le 23 décembre. — Hydrocéphalie totale, gros ventricules distendus. A la base, au niveau de la selle turcique, plaque de méningite épaisse de 2 centimètres de diamètre, aucune autre lésion.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 12 janvier 1905, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

Observation XXXIV

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée et léger accès de convulsions.

Bi... Eugène, 14 mois. Mussy, n° 1.

Né à terme, élevé au biberon, parents bien portants, aucune maladie antérieure,

Maladie actuelle. — Dort depuis cinq jours.

Entrée le 11 février 1906. — Diagnostic posé, méningite tuberculeuse, enfant somnolent, seul signe positif, pupilles normales, pas de strabisme, ni vomissements, ni constipation ; une selle normale, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig ; fontanelle normale, pas de raideur musculaire, abdomen normal. Pouls instable 130 à 140 régulier ; température : 37°2 à 38°2, le soir pendant une heure quelques convulsions légères.

12 février. — Somnolence persistante, yeux ouverts, regard fixe ; les convulsions n'ont plus reparu, diarrhée trois selles. Pouls instable régulier 128 à 140. Température : 37°2 à 37°4.

13-14 février. — Diarrhée persistante, somnolence continuelle Pouls : 110 à 128. Température : 38°2 à 37°9. L'enfant sort mourant le même jour sur demande de la famille.

Ponction lombaire le 13 février. — Liquide clair en hypertension, gouttes rapides.

Albumine en excès, pas de fibrine.

Leucocytose abondante : 13 à 15 éléments par champ.

Lymphocytes. 27

Mononucléaires. 61

Polynucléaires 12

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

Cobaye inoculé le 14 février, sacrifié le 3 mars, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch très nombreux.

Observation XXXV

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

Go... Georges, 28 mois, Mussy, n° 20.

Né à terme, élevé au sein, mère bien portante, père mort tuberculeux, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours embarras gastrique.

Entrée le 11 février 1906. — Enfant agité, pouls irrégulier, incomptable, voix rauque, regard fixe dans l'intervalle des périodes d'agitation, respiration suspirieuse, quelques vomissements, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, abdomen normal, pupilles larges mais égales, diarrhée, deux selles. Température : 38°4.

12 février. — Même état, pouls instable, irrégulier, 140 à 160, température : 38°2, diarrhée, cinq selles.

13 février. — Somnolence presque continuelle, courtes périodes d'agitation, un peu de raideur de la nuque, raucité de la voix, abdomen ballonné, pas de Kernig, fixité du regard, un peu de strabisme, pouls très rapide, instable : 140, 150 ; température : 37°2 à 39°, diarrhée fétide, trois selles.

Du 13 au 16. — Mêmes symptômes, diarrhée persistante.

16 février. — Mêmes symptômes, en plus, léger Kernig, raucité de la voix et tirage. Pouls instable 150 à 160 plus régulier, température : 37°5 à 37°8. Décès dans la soirée.

Ponction lombaire le 12 février. — Liquide clair en gouttes lentes, albumine en excès, pas de fibrine.

Leucocytose moyenne : 17 à 20 éléments par champ.

Lymphocytes	32
Mononucléaires.	30
Polynucléaires	38

Bacilles visibles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 12 mars, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Nécropsie le 18 février. — Hydrocéphalie abondante, ven-

tricules distendus. A la base, plaque de méningite siégeant au niveau de la selle turcique, elle est peu marquée, grisâtre, d'un diamètre de 1 centimètre environ. Rien dans la scissure de Sylvius. Gros tubercules anciens caséux inclus dans le cervelet.

A l'examen microscopique, mononucléaires et polynucléaires en quantité égale. Pas de bacilles sur les lames.

Inoculation au cobaye le même jour.

Ce cobaye est sacrifié le 12 mars et présente des lésions de tuberculose sous-cutanée très nette.

Observation XXXVI

Méningite tuberculeuse somnolente avec diarrhée.

Co... Renée, 2 ans. Hardy, n° 13.

Pas de renseignements antérieurs.

Maladie actuelle. — Est apportée à l'hôpital parce qu'elle est grognon depuis quelques jours et qu'elle dort presque continuellement.

Entrée le 11 mars 1906. — Le seul symptôme qu'on note est une somnolence profonde, pas de strabisme, pupilles normales, regard fixe, yeux ouverts, pas de convulsions, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, abdomen légèrement ballonné, diarrhée et vomissements, résolution complète, quelques soupirs, pouls instable, 132-140, irrégulier, température 38°2.

12-13 mars. — Mêmes symptômes, amaigrissement excessivement rapide, pouls instable, 130 à 160, irrégulier.

14 mars. — Décès avec ascension terminale à 39°6.

PREMIÈRE PONCTION LOMBAIRE, le 11 mars. — Liquide clair en gouttes rapides.

Albumine en excès.

Pas de coagulum fibrineux.

Leucocytose abondante : 23 éléments par champ.

Lymphocytes	67
Mononucléaires.	19
Polynucléaires	14

Pas de bacilles sur les lames.

Un cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 30 mars présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

DEUXIÈME PONCTION LOMBAIRE le 12. — Liquide clair en gouttes lentes.

Albumine en excès.

Pas de coagulum fibrineux.

Leucocytose modérée : 12 éléments par champ.

Lymphocytes	29
Mononucléaires.	14
Polynucléaires	57

Bacilles de Koch sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 30 mars, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive.

TROISIÈME PONCTION LOMBAIRE le 13. — Liquide clair en jet.

Albumine en excès.

Léger coagulum fibrineux.

Leucocytose moyenne : 19 éléments par champ.

Lymphocytes	72
Mononucléaires.	13
Polynucléaires	15

Pas de bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 30 mars présente des

lésions de tuberculose sous-cutanée positive avec bacilles de Koch.

Nécropsie le 16 mars. — Pas d'hydrocéphalie, cerveau normal. A la base, au niveau de la selle turcique, petite plaque de méningite très discrète, avec un léger épaissement.

A l'examen microscopique, mononucléose prédominante, quelques polynucléaires, quelques bacilles sur les lames.

Cobaye inoculé le même jour, sacrifié le 30 mars, présente des lésions de tuberculose sous-cutanée positive, avec bacilles de Koch.

Observation XXXVII

Méningite tuberculeuse à forme gastro-intestinale.

Cf... Léon, 2 ans, Mussy, numéro 15.

Né à terme, élevé au sein, parents bien portants, aucune maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Tousse beaucoup, depuis deux jours, diarrhée.

Entrée le 7 juin 1906. — Avec le diagnostic de bronchite avec diarrhée. Température : 38°8, pouls irrégulier, quatre selles.

9 juin. — Tableau clinique de la méningite, somnolence, quelques cris de temps en temps, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, rien aux yeux, abdomen légèrement ballonné. Pouls très rapide, 130 à 150, instable. Température : 39°, poids : 9 k. 230, deux selles.

10 juin. — Mêmes symptômes, somnolence profonde, en plus, cris hydrocéphaliques et hyperesthésie cutanée, pouls incomptable irrégulier. Sort le 12, sur la demande de la famille.

Ponction lombaire le 10. — Liquide clair en gouttes rapides, non examiné.

Cobaye inoculé le même jour.

Nous n'avons pas eu le temps matériel de constater le résultat de l'inoculation.

OBSERVATIONS résumées recueillies dans le traité de LEGENDRE intitulé : Recherches sur quelques maladies de l'enfance.

OBSERVATION I. — Le malade est mort sans avoir présenté ni paralysie ni convulsions, 7 ans 1/2.

OBSERVATION II. — La petite malade à un degré de tuberculose avancée, meurt sans autre signe que de la *somnolence* coupée de délire et d'agitation (ni paralysie, ni convulsions).

OBSERVATION III. — Enfant de 4 ans, tuberculeuse pulmonaire et générale n'avait présenté pendant la vie aucun symptôme de tuberculose si ce n'est un amaigrissement marqué. Cette enfant n'a présenté au cours de sa dernière maladie que de la *somnolence*, de l'*irrégularité du pouls* et un *amaigrissement rapide*. Un léger strabisme convergent. La mort survient sans que l'enfant ait présenté aucun des symptômes classiques, ni convulsions, ni paralysie marquée.

OBSERVATION V. — Pas de convulsions, pas de contractions, pas de paralysie, marche rapide. *Somnolence, irrégularité du pouls, amaigrissement.*

OBSERVATION VIII. — Petite malade de 4 ans présente de la *somnolence* pendant toute sa maladie sans aucun autre

symptôme et n'a de crise convulsive que dix heures avant la mort. *

OBSERVATION *recueillie dans BOUCHUT (1) et résumée.*

Emilie L..., âgée de 2 ans, entre le 5 décembre 1873, au n° 42 de la salle Sainte-Catherine. Enfant malade depuis six mois sans qu'on ait pu faire de diagnostic, elle paraît triste, et dépérit-mais elle mange bien, digère bien et ne tousse pas.

A son entrée. — C'est une enfant maigre, un peu cachectique. Elle est triste et *dort* beaucoup ; elle ne joue pas et parle peu. Son appétit est bon, elle ne vomit jamais, elle va à la selle normalement et sans diarrhée.

Pas de cris, ni convulsions, ni paralysie. Pouls petit, irrégulier avec quelques intermittences, 96 ; l'enfant ne tousse pas et n'a rien d'anormal au poumon.

Ne trouvant aucune lésion caractérisé, et guidée par la *somnolence* et les *irrégularités du pouls*, je songeai à la méningite tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé et l'enfant mourut le 11 dans une crise de convulsions.

OBSERVATIONS *recueillies dans la thèse de DELTHIL (2).*

OBSERVATION XXXVI (*Résumée*). — Yvonne H..., 27 mois, coqueluche il y a un mois.

Le 26 février 1897. — Entrée à la salle de Chaumont avec la coqueluche.

10 mars. — Courbe thermique oscillant autour de 38°5.

1. BOUCHUT, *loc. cit.*

2. DELTHIL. *Thèse de Paris*, 1898.

19 mars. — *Somnolence*, anorexie, vomissements, peu de fièvre.

27 mars. — Mydriase surtout à droite, *somnolence*, érythème sur les membres et le tronc, respiration irrégulière. Pouls 112, régulier.

28 mars. — Respiration inégale, ventre en bateau, pouls à 100, mort dans la soirée.

Nécropsie. — Méningite basilaire avec granulie disséminée sur les parties latérales, dilatation ventriculaire.

OBSERVATION XL (résumée). — T..., 2 ans (fille). Mère tuberculeuse soignée à Bichat. Rougeole à 22 mois suivie d'otite double.

Depuis deux mois, *amaigrissement* considérable et toux continue. Depuis treize jours diarrhée verte, vomissements, nuits agitées.

Entrée le 5 mai 1897. Salle Chaumont. Vomissements, pas de fièvre.

1^{er} juin. — Fièvre, les yeux sont toujours fermés, un peu de raideur de la nuque, constipation légère. Pouls : 84, respiration, 42. Râles ronflants aux deux sommets.

3 juin. — Fièvre, *somnolence persistante*, myosis, raie méningitique. Pouls : 70, irrégulier, respiration, 32, irrégulière avec pauses.

5 juin. — Même état, mort dans la nuit.

Nécropsie. — Méningite tuberculeuse de la base et tuberculose ganglionnaire médiastine.

On voit que les observations de ces trois auteurs, sont absolument des méningites tuberculeuses à forme *somnolente*.

CONCLUSIONS

De cette modeste étude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson nous tirons donc les conclusions suivantes :

1° La méningite tuberculeuse est aussi fréquente de 2 mois à 2 ans que dans la deuxième enfance.

2° Dans la plupart des cas, elle évolue d'une manière tout à fait fruste.

3° Il convient donc d'ajouter aux deux formes classiques, *hémiplegique* et *éclamptique*, une troisième forme, de beaucoup la plus fréquente chez le nourrisson, et qu'après notre maître Lesage nous appellerons :

Forme somnolente.

4° Cette forme est caractérisée par un syndrome d'une remarquable constance, et constitué par les quatre termes suivants :

Somnolence progressive;

Catalepsie oculaire,

Amaigrissement progressif;

Instabilité du pouls avec irrégularité.

5° Cette forme peut être décomposée en deux variétés principales :

A). — *Variété somnolente pure.*

B). — *Variété somnolente gastro-intestinale.*

6° Le syndrome somnolent suffit par lui-même, à caractériser la méningite tuberculeuse pourvu qu'il soit stable pendant plusieurs jours.

7° Le diagnostic de méningite tuberculeuse porté sur la seule constatation de ce syndrome, a toujours été confirmé par la ponction lombaire et l'inoculation au cobaye ;

8° Dans tous les cas observés, l'évolution de la maladie eut pour terme inéluctable, la mort. Le traitement purement symptomatique d'ailleurs a toujours été d'une inefficacité absolue.

Vu : le Président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

